This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Donated by
Lilienthal Estate

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVII
EX LIBRIS

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Wöchentliche Mittheilungen

von

WISSENSCHAFTLICHEN NEUIGKEITEN UND ALLEM INTERESSANTEN AUS DEM GEBIETE DER AERZTLICHEN WELT.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. A. Wintrich.

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Erlangen, 1877.
Verlag von Palm & Enke.
(Adolph Enke.)

Druck von Junge & Sohn in Erlangen.

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

N^ro. 1. *Erlangen*, am 6. Januar 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Hemiopie und Sehnervenleiden. Ueber Glaukom. Fall von Lähmung der Glottiserweiterer nach Abdominaltyphus. Ueber künstliche Beleuchtung in Bezug auf Luftverunreinigung und Temperatursteigerung. Neuer Brenner als Ersatz des Glüheisens oder des Galvanokauter. Zur Differentialdiagnose zwischen Fractura colli humeri und Luxatio humeri subcoracoidea. Zur Behandlung der Lungenphthise. Resultate aus Untersuchungen über die Nerven des Ovariums.

Schweigger veröffentlicht im Archiv für Ophthalmologie XXII, 3, p. 276, eine klinische Studie: „Hemiopie und Sehnervenleiden". Die Experimente, welche Gudden angestellt hat, um die Frage zu lösen, ob im Chiasma nervorum opticorum des Hundes eine vollständige oder theilweise Durchkreuzung der Nervenfasern bestehe, haben für die Semidekussation entschieden. Wir können nicht wohl zweifeln, dass beim Menschen die Anordnung der Fasern bestehe, welche für den Hund nachgewiesen worden, und nicht jene, welche der Hecht, die Taube, das Kaninchen besitzen. Spricht etwa die klinische Beobachtung bei Hemiopie gegen die Semidekussation? Ehe man an die Lösung dieser Frage geht, muss man zunächst feststellen, dass als Hemiopie nicht etwa alle die Fälle aufgefasst werden dürfen, in welchen beiderseitige korrespondirende Gesichtsfelddefekte bestehen. Es wäre nur verwirrend, auch dann von Hemiopie zu sprechen, wenn bei Bestand beiderseitiger Netzhautablösung nach unten beide obere Gesichtsfeldhälften ausgefallen sind. Die Defekte ganzer Gesichtshälften oder symmetrischer Theile derselben müssen auf eine interkranielle Ursache bezogen werden können, wenn der Name Hemiopie mit Recht angewendet werden soll. Für die Erkennung solcher Zustände ist das Perimeter nicht unerlässlich; in der Regel genügt es, das Gesichtsfeld auf eine ebene Tafel zu projiziren. — Schweigger berichtet über 27 Fälle von gleichseitiger Hemiopie. Bei 12 derselben begründet das plötzliche Auftreten der Hemiopie die Annahme einer Hämorrhagie oder Embolie. Bei 15 bestanden auch Sensibilitäts- oder Mobilitätsstörungen in den Extremitäten derselben Körperhälfte, an welcher das Gesichtsfeld beeinträchtigt war. In diesen Fällen hatte man es unzweifelhaft mit apoplektischen Insulten zu thun. Gerade so gut wie bei Apoplexieen nicht immer vollständige Hemiplegie gefunden wird, so ist auch die Gesichtsfeldhälfte der betreffenden Seite nicht immer vollständig erblindet. Es müssen eben nicht nothwendig alle Sehnervenfasern betroffen werden, welche in der erkrankten Hirnhemisphäre wurzeln. Auch eine vollständige Symmetrie der Gesichtsfelddefekte kann nicht jedesmal erwartet werden. Wenn auch in der rechten Hemisphäre die Fasern wurzeln, welche beide rechte Netzhauthälften versorgen, so ist es doch nicht nothwendig, dass die zu korrespondirenden Netzhautstellen laufenden Fasern auch neben einander liegen; jedenfalls handelt es sich um zwei Fasern, von welchen die eine zerstört sein kann, während die andere sich erhält. — Der Gesichtsfelddefekt erreicht den Fixirpunkt selten und überschreitet ihn nie. Dies ist auffallend in jenen Fällen, in welchen der Defekt in der vertikalen Trennungslinie scharf abschneidet und nur dem Fixirpunkte ausweicht. Dieses Ausweichen ist wohl ziemlich häufig nur ein scheinbares. Ist das Auge nicht genau für den Fixirpunkt accommodirt, so entwirft in der Nähe desselben auch das excentrische Sehobjekt Zerstreuungs-

5557

kreise, welche bis in die Fovea centralis retinae hineinreichen können und wahrgenommen werden, so dass also in der Zeichnung die Defektgränze dem Fixirpunkte auszuweichen scheint, während der Defekt selbst vielleicht mitten hindurch geht. Ueberdies ist es wohl möglich, dass für den dem centralen Sehen dienenden Theil der Retina die Nervenfasern in beiden Hemisphären wurzeln. Der vollständige Ausfall aller in einer Hemisphäre wurzelnden Fasern würde dann die centrale Sehschärfe auf $^1/_2$ herabsetzen, was mit den Resultaten der Sehprüfungen nicht im Widerspruche steht. — Die Vertheidiger der vollständigen Durchkreuzung im Chiasma meinen, dass Blutextravasate in der Fossa Sylvii an der äusseren Seite des Chiasma die eine Gesichtsfeldhälfte wegnehmen könnten, während die andere intakt bleibt, dass ein Bluterguss in den Recessen oberhalb des Chiasma gleichseitige Gesichtsfelddefekte zur Folge haben könne. — Wie sollte es möglich sein, dass ein Blutextravasat die eine Hälfte des Chiasma vollständig komprimirt und die andere intakt lässt, wie sollte man es erklären, dass der Defekt den Fixirpunkt nicht überschreitet? Auch haben die wenigen vorliegenden Sektionsbefunde Herderkrankungen im Grosshirne nachgewiesen. Eine auffallende Thatsache ist die Gleichmässigkeit der Erkrankung der beiden Sehnerven bei vielen Leiden derselben, wofür die Gesichtsfeldbeschränkung von der Schläfenseite her bei Sehnervenatrophie, die Sehstörung beim Ikotoma centrale gute Beispiele abgeben können. Einen interessanten Gegensatz zum Skotoma centrale bilden eine Reihe von Fällen, in welchen, beim Bestande des ophthalmoskopischen Bildes der atrophischen Degeneration, das Sehfeld auf eine kleine centrale Oeffnung reduzirt wird, während sich die centrale Sehschärfe verhältnissmässig gut erhält. — Jene Fälle von ophthalmoskopisch diagnostizirbarer Sehnervenatrophie, bei welchen gleichseitige Gesichtfelddefekte gefunden werden, rechnet Schweigger nicht zur cerebralen Hemiopie, weil die Sehnervenatrophie zur Erklärung des Befundes genügt. Der Ausfall der temporalen Gesichtsfeldhälften kann bekanntlich durch eine Geschwulst vor dem Chiasma bedingt werden, aber nicht allen solchen Defekten liegen Geschwülste vor dem Chiasma zu Grunde und wenn jene bei Bestand von Sehnervenatrophie vorhanden sind, so genügt auch diese zur Erklärung. Auch der Defekt beider medialer Gesichtsfeldhälften kann durch Sehnervenleiden herbeigeführt werden. — Es zweifelt Niemand daran, dass bei einseitigen Sehstörungen durch intraokuläre Erkrankungen der ophthalmoskopische Befund vollständig normal sein kann, weil eben zur Zeit der Untersuchung die früher vorhanden gewesenen objektiv nachweisbaren Anomalieen geschwunden sind und nur die Sehstörungen zurückgeblieben sind. Was auf einem Auge geschehen kann, kann auch beiderseits vorkommen und wenn wir einseitige Amblyopieen nur aus Ursachen erklären können, welche im Auge selbst oder doch vor dem Chiasma einwirken, so liegt bei beiderseitigen Augenleiden kein Grund vor, stets nur intrakranielle Ursachen vorauszusetzen. Der klinische Fehler, welcher in die Lehre von der Hemiopie Verwirrung brachte, war der, dass man Gesichtsfelddefekte lediglich, weil sie beiderseitig waren, Hemiopie genannt hat und eine intrakranielle Ursache supponirte. Man sollte den Ausdruck Hemiopie nur für jene grosse Reihe plötzlich und ohne ophthalmoskopischen Befund auftretender gleichseitiger Gesichtsfeldanomalieen anwenden, welche meistens im Zusammenhang mit apoplektischen Anfällen vorkommen. Zum Verständniss dieser Fälle müsste man auch die Lehre von der Halbdurchkreuzung der Sehnerven im Chiasma erfinden, wenn sie nicht bereits bestände. —

Dr. Max Knies hat 15 glaukomatöse Augen anatomisch untersucht und hat als konstantes Vorkommniss beim Glaukom eine in Folge von Entzündung im Fontana'schen Raume aufgetretene Verwachsung zwischen Iris und Kornea in der Kammerperipherie gefunden. In frischen Fällen zeigte sich die ganze Umgebung des Schlemm'schen Kanales zellig infiltrirt. Zuweilen bestand auch Infiltration des Corpus ciliare, des subkonjunktivalen Gewebes und des centralen Theiles der Iris, zuweilen, besonders in chronischen Fällen, war die Entzündung vollständig auf die allernächste Umgebung des Schlemm'schen Kanales beschränkt. Knies hat nachgewiesen, dass fast die gesammte Gewebsflüssigkeit aus dem Augen-Inneren gerade an jener Stelle das Auge verlässt, welche er in glaukomatösen Augen so konstant entzündet gefunden hat. Die Obliteration des für die Saftcirkulation hochwichtigen Canalis Fontanae muss den intraokulären Druck erhöhen. Wie die Drucksteigerung, so lassen sich auch die im vorderen Bulbusabschnitte auftretenden

Glaukomsymptome, welche man bisher als Folge der Druckerhöhung angesehen, ungezwungen aus der Existenz einer indurirenden Entzündung in der Umgebung des Schlemm'schen Kanales auffassen. Die Sehnervenexkavation ist wohl im Wesentlichen aus der Druckerhöhung zu erklären. Da aber Knies einmal die Infiltration um den Schlemm'schen Kanal und eine Stauungspapille in dem Auge eines Menschen fand, dessen anderes Auge bereits an entzündlichem Glaukom erkrankt war, so scheint es ihm plausibel, dass wenigstens bei entzündlichem Glaukom dem Stadium der Exkavation eine Entzündung in der Papille vorhergehe. Die Obliteration des Fontana'schen Raumes kann um so leichter erfolgen, je enger die Kammer ist und so liesse sich vielleicht auch die grössere Häufigkeit des Glaukoms bei Hypermetropen und bei alten Leuten erklären. Aus jenem Umstande liesse sich wohl auch verstehen, warum vordere Synechieen so viel leichter zum Sekundärglaukom führen als hintere Synechieen. — Da Knies in jedem Falle von Glaukom zweifellose Entzündungserscheinungen gefunden hat, so scheint eine Auffassung des Glaukoms als reine Sekretionsneurose, wie sie in neuester Zeit von Schnabel aufgestellt worden ist, einstweilen nicht durchführbar zu sein. Aber bei der Beantwortung der Frage, ob die von Knies nachgewiesenen Entzündungsvorgänge primärer oder sekundärer Natur seien, kommt die Neurosen-Theorie zur Sprache. Nervenreizung kann wohl nicht direkt Entzündung veranlassen. Die Möglichkeit jedoch, dass durch die in Folge eines Nerveneinflusses aufgetretene Drucksteigerung eine adhäsive Entzündung des Fontana'schen Raumes hervorgerufen werde, kann theoretisch nicht wohl in Abrede gestellt werden. — Ist es bis nun noch nicht völlig sichergestellt, dass das Glaukom als genuine Entzündung der Umgebung des Schlemm'schen Kanales aufzufassen sei, so sind diese Vorgänge doch von fundamentaler Wichtigkeit für das Verständniss der Glaukomsymptome. Bis jetzt ist es unentschieden, ob eine Entzündung, ob der durch Nerveneinfluss erhöhte Druck das Primäre ist; für das Zustandekommen des Glaukomanfalles ist der Nerveneinfluss jedenfalls von hervorragender Bedeutung. — Skleralveränderungen konnte Verf. bei den von ihm untersuchten glaukomatösen Augen nicht nachweisen. Bezüglich der Richtigkeit der Schnabel'schen Ansicht vom Nichtvorhandensein mit dem Spiegel erkennbarer Glaskörpertrübungen kann er nichts Bestimmtes aussprechen. — Für die Erklärung der Heilwirkung der Iridektomie bot das Material, über welches Knies verfügte, nur geringe Ausbeute, denn nur an einem der untersuchten Augen war eine erfolgreiche Iridektomie gemacht worden. An diesem war die Verwachsung der Irisperipherie auch an Stelle der Iridektomie bestehen geblieben. Durch die Iridektomie wird also ein neuer Weg für die intraokulären Flüssigkeiten geschaffen und dieser kann nur in der Schnittwunde liegen. Das Ausschneiden des Irisstückes hat wohl lediglich den Zweck, eine Iriseinheilung zu vermeiden. (Wiener mediz. Wochenschr., 1876, Nr. 50.)

Einen Fall von Lähmung der Glottiserweiterer nach Typhus abdom. theilt Dr. L. Rehn (Deutsch. Arch. f. klin. Mediz., Bd. XVIII, Heft 1, p. 136) mit: „Seitdem Gerhardt den ersten Fall von Lähmung der Mm. cricoarytaenoidei postici veröffentlicht und die allgemeine Aufmerksamkeit sich dieser eben so interessanten als seltenen Erkrankung zugewendet hat, ist eine geraume Zeit verflossen. Trotzdem sind im Ganzen einschlägige Beobachtungen nur in geringer Anzahl bekannt geworden, bis in letzter Zeit unter anderen Forschern vorzüglich Riegel nacheinander eine Reihe von Fällen publizirte und uns in seiner Schrift „Ueber respiratorische Paralysen" zeigte, dass die besagte Affektion doch nicht so ungeheuer selten sein könne, als gewöhnlich angenommen wird. Es lassen sich in der That plausible Gründe dafür aufstellen, dass das Leiden sich wohl öfter der Diagnose entziehen mag. Einestheils nämlich lenken die Symptome bei reinen Formen die Aufmerksamkeit des Arztes nicht sofort und ohne Weiteres auf den Sitz des Leidens, anderntheils pflegen eben die Komplikationen das Bild der Erkrankung mehr oder weniger zu verdecken. Fernerhin kommt noch in Betracht, wie Riegel sehr richtig hervorhebt, dass den Spezialisten weniger Gelegenheit geboten wird, das Leiden zu beobachten. Dem praktischen Arzte aber, und namentlich dem Arzte auf dem Lande, auch wenn er sich mit der Technik der Laryngoskopie hinlänglich vertraut gemacht hat, stellen sich oft bei der Anwendung des Kehlkopfspiegels unüberwindliche Hindernisse in den Weg. — Riegel gebührt nun das Verdienst, das vorliegende Material kritisch gesichtet und die Affektion in Bezug auf Genese, Verlauf und Therapie

einer eingehenden Betrachtung unterzogen zu haben. Unter anderen ätiologischen Momenten wurden von ihm auch Infektionskrankheiten aufgestellt, und zwar Diphtheritis, die akuten Exantheme und Erysipel. Ich bin in der Lage, der Reihe der letztgenannten Krankheiten noch den Typhus abdominalis anzufügen. — Die zwei Söhne eines Schuhmachers erkrankten an Abdominaltyphus. Wegen Mangels an Raum wurde der ältere zuerst erkrankte Sohn, welcher als Arbeiter der hiesigen chemischen Fabrik zur Aufnahme in das Hospital zum heil. Geist in Frankfurt a/M. berechtigt war, ebendahin gebracht und dort behandelt. Der jüngere Sohn, ein schwacher, anämischer Knabe von 13 Jahren, blieb in meiner Behandlung. Das Fieber stieg gegen Ende der ersten Woche bis auf 40,7° C. und hielt sich auch in dem Verlaufe der zweiten Woche trotz grosser Chinindosen und Chinin in Verbindung mit Digitalis mit geringen Remissionen hoch. Ich muss hier bemerken, dass ich wegen Mangels einer Badewanne genöthigt war, mich mit der lokalen Applikation von Eis und kalten Einwickelungen zu begnügen. In der dritten Woche wurden die Remissionen stärker und länger dauernd. Das Fieber erreichte nur vorübergehend die Höhe von 40,0° C., und nach $3^1/_2$ Wochen war Pat. fieberfrei. Man hätte demnach den Verlauf der Krankheit bei dem schwachen Knaben recht zufriedenstellend nennen können, wenn nicht in der ersten Hälfte der vierten Woche Symptome aufgetreten wären, welche eine besondere Aufmerksamkeit erheischten. Die Pulsfrequenz nämlich, welche sich bis dahin immer in nahezu normalen Grenzen gehalten hatte, nahm auffallend zu. Der Puls wurde schwach und unregelmässig. — An den Füssen traten Oedeme auf — Extremitäten und Nase fühlten sich kühl an. Es musste mit kräftigen Reizmitteln vorgegangen werden, und es gelang denn auch in relativ kurzer Zeit, die bedrohlichen Erscheinungen, welche auf einer sehr zur Unzeit kommenden Schwäche der Herzaktion beruhten, zum Schwinden zu bringen. Eine deutlich nachweisbare Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts — auf eine Dilatation des rechten Ventrikels hindeutend — bildete sich im Verlauf zurück. In Bezug auf die nicht unerheblichem Fussödeme ist zu bemerken, dass dieselben nicht von Thrombosen abhängig waren. Der Urin war dauernd eiweissfrei. — Bemerkenswerth war ferner die exzessive Kraftlosigkeit der unteren Extremitäten, welche längere Zeit hindurch von Seiten des Pat. ein Gegenstand der Klage war. — Vierzehn Tage nach völliger Entfieberung erlaubte ich dem Pat., auf kurze Zeit das Bett zu verlassen. Zufällig traf es sich, dass ich an demselben Tage eine Reise antreten musste, welche mich nahezu vier Tage fernhielt. Als ich am Abend des vierten Tages den Pat. wiedersah, fand ich ihn in einem sehr bedenklichen Zustand von inspiratorischer Athemnoth. Von den sehr zuverlässigen Eltern des Knaben erfuhr ich zu meiner Orientirung Folgendes: Der Pat. hatte schon einige Tage vor meiner Abreise bei stärkeren Bewegungen im Bette leichte Athembeschwerden gehabt, welche indessen bei ruhiger Lage alsbald wieder schwanden und nicht weiter beachtet wurden. Der Rekonvaleszent war nun am Tage meiner Abreise der Erlaubniss gemäss aufgestanden und zwar unter Beihilfe seines Vaters, jedoch mit nicht geringer eigener Anstrengung eine steile Treppe hinab ins Freie gegangen. Trotzdem sich sofort Athembeschwerden einstellten, wurde noch eine kleine Promenade angetreten, welche damit endete, dass der Vater seinen Sohn nach Hause tragen musste. Es hatte sich dann von Neuem Husten eingestellt. Die Dyspnoe stieg konstant. Soweit der Bericht der Eltern. — Das Leiden bot in der That das typische Bild einer hochgradigen Laryngostenose. Der Knabe sass aufrecht im Bett mit geöffnetem Munde und lebhaft arbeitenden Nasenflügeln. Alle Hülfsmuskeln der Inspiration waren in Aktion. Der Kehlkopf bewegte sich in grossen Exkursionen auf- und abwärts. Das Jugulum, die Supraklavikulargruben, die Interkostalräume, sowie der untere Theil des Sternum mit den angrenzenden Rippenknorpeln sanken bei jeder Inspiration ein. Die Inspiration war langgedehnt und von lautem, tönendem Geräusch begleitet. Die Exspiration ging rasch und ohne Schwierigkeit von Statten. Die scheinbaren Pausen zwischen In- und Exspiration waren geschwunden, und dennoch war die Athmung im Ganzen eher verlangsamt. Die Pulsfrequenz war erhöht. Das laute inspiratorische Geräusch konnte am Kehlkopf als Schwirren deutlich wahrgenommen werden. Die Stimme des Patienten war schwach, aber vollkommen klar. Eine genaue Inspektion und Palpation der Mundhöhle ergab nichts Auffallendes. Die Untersuchung der Brust erwies das Vorhandensein einer mässigen Bronchitis. Durch die weitere Untersuchung wurde nichts von Wichtigkeit eruirt. Die Anwendung des Kehlkopfspiegels war bei der Angst und Un-

rahe des Pat. absolut nicht zu ermöglichen. — Des anderen Tages musste ich zur Tracheotomie schreiten. Sofort nach Einführung der Kanüle wurde die Respiration frei. — Der Gedanke an eine Laryngitis oedematosa in Folge von ulzerösen, symptomlos verlaufenen Prozessen oder von einer Perichondritis lag am nächsten. Ein derartiges Leiden war aber durchaus nicht zu erkennen gewesen. Dagegen zeigte die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel Folgendes: Die Schleimhaut des Larynx war in durchaus normalem Zustande. Die Stimmritze klaffte bei flachem Athmen in Form einer schmalen Spalte. Bei Intonationsversuchen schlossen sich die Stimmbänder prompt, um dann wieder in ihre vorige Stellung zurückzukehren. Bei nur einigermassen starker Inspiration dagegen schlossen sich die Stimmbänder in Form einer feinen Linie vollständig. Pat. konnte übrigens nur sehr kurze Zeit bei zugehaltener Kanüle athmen. Die Untersuchung musste daher mit Unterbrechungen geschehen und nahm viel Zeit in Anspruch. Das Resultat aller Untersuchungen stellte sich dahin, dass die Stimmbänder sich wohl nach einwärts, aber nie über eine gewisse Grenze nach auswärts bewegen konnten. — So blieb die Sache geraume Zeit. Die Rekonvalescenz des Pat. wurde durch das neu hinzugetretene Leiden beträchtlich verzögert. Zur Hebung der Kräfte wurde Chinin und Eisen gegeben. Ein elektrischer Apparat stand mir leider nicht zu Gebote. Subkutane Injektionen von Strychnin liessen in Bezug auf die Schwingung der Stimmbänder keinen Erfolg erkennen. Ganz allmählig kam der Kranke wieder zu Kräften. Etwa acht Wochen nach der Operation schien es mir, als ob die Fähigkeit der Stimmbänder, sich nach auswärts zu bewegen, zugenommen hätte. In der That wurde von da ab eine merkliche Besserung konstatirt. Pat. konnte länger bei zugehaltener Kanüle athmen. Auch bemerkte ich vermittelst des Kehlkopfspiegels, dass bei forcirter Inspiration sich die Stimmritze nicht mehr linear schloss. Es war ferner wahrzunehmen, dass das linke Stimmband eine etwas grössere Exkursion nach aussen machte als das rechte. Fünfzehn Wochen nach der Operation wagte ich, die Kanüle zu entfernen. Die Inspiration geschah zwar unter deutlich hörbarem Geräusch, jedoch ohne erhebliche Anstrengung. Dem Pat. wurde vorläufig die grösste Vorsicht anempfohlen, um Alles zu vermeiden, was direkt oder indirekt einen schädlichen Einfluss ausüben konnte. Nichtsdestoweniger acquirirte der Knabe etwa drei Wochen nach der Entfernung der Kanüle als höchst unwillkommene Komplikation eine Laryngitis. Die Krankheit verlief indessen, ohne irgend welche zu Besorgniss Anlass gebende Athmungsstörungen hervorzubringen. Das Allgemeinbefinden des Pat. hat sich in letzter Zeit vortrefflich gebessert. Pat. ist jetzt im Stande, rasch zu gehen, sowie eine Strecke zu laufen. Der Verlauf des Leidens ist also ein günstiger zu nennen. — Es kann wohl kaum einem Zweifel unterliegen, dass wir es hier mit einer myopathischen Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei postici zu thun haben. Während die Leistungsfähigkeit des linksseitigen Muskels gegenwärtig recht zufriedenstellend ist, so ist die Regeneration des rechtsseitigen offenbar eine sehr unvollkommene. Das Leiden hat sich schleichend entwickelt und entzog sich im Beginn, bis auf leichte Athembeschwerden, welche der beschriebenen Katastrophe vorausgingen und mir erst nachträglich zur Kenntniss kamen, vollständig jeder Beobachtung. So lange der Pat. eine ruhige Lage im Bett eingehalten hatte, ging die Respiration glatt von Statten. Sobald aber durch das Treppensteigen und den Spaziergang höhere Anforderungen an die Kraft der Glottiserweiterer gestellt wurden, versagten die Muskeln und die höchste inspiratorische Athemnoth trat ein. Als eine Hülfsursache der Dyspnoe war gewiss noch der begleitende Bronchialkatarrh zu betrachten. Die vollkommen klare Stimme gab bei den übrigen Symptomen einen wichtigen Fingerzeig für die Diagnose. — Was nun die Erklärung für die Entstehung des Leidens anbetrifft, so dürfte dieselbe nicht schwer zu geben sein. Bei aufmerksamer Verfolgung des Typhusverlaufes erkennen wir Störungen verschiedener Muskelgruppen. Am auffälligsten und in ihren Folgen am bedeutsamsten ist die Degeneration des Herzmuskels, welche, wie erwähnt, sehr besorgnisserweckend in Scene trat. Sodann ist die ausserordentliche Schwäche der Beine bei Bewegungen wohl auch auf eine grössere oder geringere Entartung der Muskulatur der unteren Extremitäten, vorzugsweise der Mm. adductor. femor., zu beziehen. Offenbar war die Resistenzfähigkeit des schwachen Knaben eine sehr geringe. Das hartnäckige Fieber brachte daher bei dem Pat. seine deletäre Wirkung in gefährlichem Maasse zur Geltung. Ob nun die Koincidenz der letzterwähnten Umstände zur parenchymatösen Entartung der bezeichneten Kehlkopfmuskeln genügte, oder noch

als dritter Faktor die Cirkulationsstörung in Rechnung gezogen werden muss, bleibt dahingestellt. — Einen Umstand glaube ich betonen zu müssen. Es ist eine Thatsache, dass vorzugsweise diejenigen Muskeln von der Degeneration ergriffen zu werden pflegen, welche während der Krankheit am meisten in Gebrauch sind. Da nun die Glottiserweiterer auch bei ruhiger Respiration stets in Funktion sind, so dürfte die vorliegende Lähmung mit dieser Erfahrung wohl in Einklang zu bringen sein. — Die Frage, ob nicht vielleicht manche der nach Typhus entstandenen Laryngostenosen auf eine Lähmung der Mm. crico-arytaenoidei postici beruhten, wage ich nicht zu entscheiden".

Unter Pettenkofer's Leitung hat sich Dr. Erismann mit der experimentellen Lösung der Frage nach der relativen sanitären Schädlichkeit verschiedener Methoden der künstlichen Beleuchtung in Bezug auf Luftverunreinigung und Temperatursteigerung beschäftigt. Die Verunreinigung der Luft durch eine Flamme rührt zumeist daher, dass nicht die ganze Menge der in einer Flamme vorhandenen Kohlenwasserstoff-Dämpfe zu Kohlensäure und Wasser verbrannt wird, sondern ein Theil derselben unverbrannt entweicht. Die bezügliche Versuchsanordnung Erismann's war die, dass aus dem Versuchsraume von 10 Kubikmetern Inhalt, innerhalb dessen die zu prüfenden Flammen brannten, die Luft durch eine anfangs gemeinsame, später sich theilende Röhre vermittelst zweier Flaschenaspiratoren nach verschiedenen Seiten hin angesogen und auf der einen Seite zur Bestimmung der vorhandenen Kohlensäure direkt durch Barytröhren geleitet wurde, auf der anderen dagegen zuvor eine in beständiger Rothgluth unterhaltene Röhre mit Kupferoxyd durchstreichen musste, so dass die vorhandenen verbrennlichen Kohlenwasserstoffe zu Kohlensäure und Wasser verbrennen mussten. Das Plus der Kohlensäure auf dieser Seite stellt somit die aus den in der Röhre verbrannten Kohlenwasserstoffen erhaltene Menge der CO_2 dar; der Kohlenstoff der letzteren gelangte (mit einer gewissen Willkür) als Sumpfgas zur Berechnung. Unter gewöhnlichen Umständen konnte eine erhebliche Ventilation des Versuchsraumes nicht stattfinden; die zu prüfende Luft selbst wurde aus verschiedenen Schichten jenes Raumes entnommen. — Die der Untersuchung (jede dauerte 8 Stunden) unterworfenen Beleuchtungsmaterialien waren: Stearinkerzen, Petroleum, Rüböl und Leuchtgas, sämmtlich von möglichster Reinheit und sämmtlich in einer Lichtstärke von sechs Münchener Normalkerzen. Zunächst ergab sich, dass unter allen Umständen durch künstliche Beleuchtung die Luft eines geschlossenen Raumes mehr Kohlensäure und organische Substanzen enthält als ohne dieselbe. Unter dem Einflusse der natürlichen Ventilation entweicht der weitaus grösste Theil der der Luft durch die Flamme mitgetheilten Kohlensäure. Bezüglich der einzelnen Beleuchtungssorten kommt Erismann zu dem Schlusse, dass das Petroleum bei guter Konstruktion der Lampen der Luft nicht nur weniger CO_2, sondern, was wichtiger ist, weniger Produkte der unvollkommenen Verbrennung mittheilt als die übrigen Beleuchtungsmaterialien, und dass bei gleicher Lichtstärke Stearinkerzen die Luft am meisten verunreinigen. Es verhält sich, in Zahlen ausgedrückt, die Luftverunreinigung durch Produkte der unvollkommenen Verbrennung für Petroleum, Leuchtgas, Rüböl und Stearinkerzen wie 1 : 4 : 4 : 7. Berechnet man weiter an der Hand der von Erismann gefundenen Werthe, wie sich die Luftverunreinigung durch ausreichende künstliche Beleuchtung für ein Wohnzimmer mittlerer Grösse, ein Schulzimmer, einen Fabriksaal u. s. w. gestalten würde, so ergibt sich, dass im schlimmsten Falle 8 Kubikcentim. CO_2 und 4.7 Kubctm. Sumpfgas im Kubikmeter Luft enthalten sein würden und man kann wohl sagen, dass bei hinlänglicher Ventilation diese Verunreinigung so erheblich vermindert würde, dass man die Luft als gesundheitsschädlich nicht erachten kann. Ein Versuch, bei welchem statt der Lichtflammen vier erwachsene Menschen in den Versuchsraum gebracht wurden, führte zu dem interessanten Resultate, dass in Bezug auf organische Substanzen durch den Per- und Respirationsprozess von vier Menschen die Luft eben so sehr verunreinigt wird wie durch eine Gasflamme von 6 Normalkerzen Lichtstärke. — Was ferner die zweite Schädlichkeit, die Temperatursteigerung der Luft des beleuchteten Raumes, betrifft, so fand Erismann, dass, während die Temperatur der unteren Luftschichten nur sehr wenig zunimmt, die der höheren Luftschichten und namentlich der Deckenluft sehr bedeutend anstieg und zwar steigert bei gleicher Lichtstärke Rüböl und Gas die Temperatur bedeutend mehr als das Petroleum; am günstigsten

verhalten sich in dieser Beziehung die Kerzen. – Was endlich die Frage nach der Vertheilung der Kohlensäure in geschlossenen, aber der natürlichen Ventilation zugänglichen Räumen betrifft, in welchen eine beständig wirkende CO_2-Quelle existirt, so führten die Versuche, wenn auch auf anderem Wege, zu dem gleichen Ergebniss, wie bei Forster: dass nämlich bei gewöhnlichen Temperaturverhältnissen die tiefsten Luftschichten am meisten CO_2 enthalten, wärend deren Menge nach oben rasch abnimmt. Bei geheiztem Raume scheinen diese Differenzen der CO_2-Vertheilung geringer zu sein. (Zeitschr. f. Biologie, Bd. XII, S. 315–365.)

Einen sinnreich ausgedachten Brenner konstruirte Paquelin (Bull. génér. de Thérapie, p. 433, 1876). Das Instrument, welches überall an die Stelle des Glüheisens oder des Galvanokauters treten kann, beruht in seiner Konstruktion auf der Eigenschaft des Platins, sobald dasselbe einen bestimmten Wärmegrad erreicht hat, im Kontakt mit einem Gemisch aus Luft und den Dämpfen gewisser Kohlenwasserstoffverbindungen augenblicklich glühend zu werden. — Der Apparat besteht aus 3 Theilen: dem Brenner, dem Gasrecipienten und dem Gebläse. Der Brenner ist eine Platinkammer von beliebiger, für verschiedene Zwecke verschiedener Form, deren Wandung die glühende Fläche darstellt. In dieselbe münden 2 konzentrische Röhren, deren innere das Gas zuleitet, während die äussere die Verbrennungsprodukte abführt. Dieser Brenner ist mit einem entsprechenden Handgriff versehen und steht durch ein Kautschukrohr mit dem Gasrecipienten in Verbindung. Es ist dies eine bis zur Hälfte mit irgend einer Kohlenwasserstoffverbindung, am besten mit dem käuflichen Petroleumäther (essence minérale), gefüllte Flasche, deren Korken durch 2 Rohre durchbohrt ist, ein von dem Gebläse (2 Kautschukballons) kommendes, welches die atmosphärische Luft zuleitet und ein Ableitungsrohr, welches das Gasgemenge in die Platinkammer führt. Ist letztere an einer Spiritusflamme erwärmt, so braucht nur das Gebläse in Thätigkeit gesetzt zu werden, um Glühen hervorzubringen, und zwar um so intensiver, je schneller Gas zugeführt wird. Die Flasche muss vor jedesmaligem Gebrauch frisch gefüllt werden und genügen 100 Grm. Petroleumäther durchschnittlich für eine Operationsdauer von $2^1/_2$ Stunden. Das Instrument ist von M. Collin in Paris, Charrière's Nachfolger, zu beziehen. (Centralbl. 1876 Nr. 42.)

Dr. M. Schüller bringt ein einfaches Hilfsmittel zur Differentialdiagnose zwischen der Fractura colli humeri und der Luxatio humeri subcoracoidea in Erinnerung, welches seiner Meinung nach in der Praxis zu wenig Berücksichtigung erfahren und unter den bekannten schwierigen Verhältnissen, wie sie sich hinsichtlich der Differentialdiagnostik bei den genannten Verletzungen nicht ganz selten darbieten, auch ohne Chloroform jeden Zweifel beseitigt. Das ist die Messung der verletzten Extremität, speziell der Entfernung zwischen dem Akromion und dem Epicondylus humeri externus. Bei der Fraktur des Humerushalses ist die Entfernung stets kleiner auf der verletzten Seite als auf der gesunden, zumal in den Fällen mit Dislokation, welche eine Luxation nach vorne vortäuschen. Bei der Luxatio subcoracoidea hingegen könne man eine Vergrösserung der betreffenden Distanz im Verhältnisse zur normalen Seite nachweisen. — Die Messung erfolgt bekanntlich mittelst eines Bandmaasses bei mässig abduzirter Haltung des Oberarmes und rechtwinkeliger Beugung des Unterarmes. Der gesunde Arm wird möglichst genau in dieselbe Stellung gebracht und nun die Messung beiderseits von demselben Punkte des Akromion aus nach dem Epicondylus humeri externus vorgenommen. (Berliner klin. Wochenschr., 1876, Nr. 37.)

Dr. J. Hirschfelder (Assistent der Abtheilung für Hals- und Brustkranke an der allgemeinen Poliklinik in Wien) hat über 25 Fälle von Phthisis pulmonum in allen Stadien, von den ersten Anfängen, wenn nur eine leichte Infiltration der Lungenspitze neben einer Anschwellung und Hyperämie der Larynxschleimhaut in der Gegend des einen oder beider Arytänoidknorpel vorhanden war, bis zu den schwereren Formen mit ausgesprochenen Kavernen in den Lungen und ausgedehnten Kehlkopfgeschwüren mittelst der von Schnitzler empfohlenen subkutanen Injektionen von Karbolsäure ambulatorisch behandelt und dabei konstatirt, dass bei sämmtlichen Patienten, ohne Ausnahme, nach den ersten Einspritzungen die höchst lästige Mattigkeit und Abgeschlagenheit schwanden, das Fieber

abnahm, der Appetit sich wieder einstellte und der quälende Husten vermindert wurde. Ob diese konstant eintretende Besserung von einer Einwirkung auf das Fieber allein herrührt, oder ob der Karbolsäure ein spezifischer Einfluss auf den phthisischen Prozess zuzuschreiben ist, vermag Hirschfelder für jetzt noch nicht zu entscheiden. — Das Verfahren, wenn richtig mit den gewöhnlichen Kautelen ausgeführt, die bei jeder subkutanen Injektion zu beachten sind, macht nach Verf. nicht die geringsten unangenehmen Symptome. Nie wurden Abszesse beobachtet und nur in einem Falle eine Induration der Haut, nachdem viele Einstiche an einer und derselben Stelle gemacht worden waren. Sonstige auf die Karbolsäure zu beziehende Beschwerden traten nie ein, obschon Verfasser durchaus nicht zaghaft in ihrer Anwendung war und wiederholt 6 Grm. einer 2proz. Lösung darreichte. Er fing gewöhnlich mit 2 Pravaz'schen Spritzen obengenannter Lösung an und stieg je nach dem Zustande auf 4—6 pro die. (Wiener med. Presse, 1876, Nr. 49.) —

Während der anatomische Verlauf der Nerven des Ovariums auf Grund der Untersuchungen Frankenhäuser's als festgestellt betrachtet werden kann, fehlen über den feineren histologischen Befund derselben Elemente bisher alle Details. Die meisten Forscher sind über das Vorkommen im Hilus und das Eintreten von Nervenfasern mit den Gefässen in den Hilus ovarii nicht hinausgekommen und so war es von vorneherein als eine sehr dankbare Aufgabe erschienen: die Nerven im Stroma aufzusuchen und deren Endigungen nachzugehen, was Dr. Julius Elischer unter der Leitung des Prof. v. Michalkovics zu Pest bisher beim Kaninchen, beim Schafe und bei der Kuh gethan hat. Die sich hierbei als best-bewährende Methode bestand darin, die Erhärtung in zweiprozentigem chromsaurem Ammoniak (von kurzer Dauer) zu bewerkstelligen, die Flüssigkeit täglich zu wechseln, ferner mit Goldchloridnatrium nach den Angaben Gerlach-Boll's das zu untersuchende Präparat zu färben und endlich aus obiger Härtungsflüssigkeit Zerzupfungspräparate herzustellen. — Bei allen untersuchten Thieren treten sowohl in den Hilus ovarii als auch vom Ligamentum ovarii proprium aus in das Stroma hinein mit den geschlängelten Gefässen feine Aeste markhaltiger Nervenfasern. Von der Mitte des Hilus aus verzweigen sich dieselben auf zweierlei Weise. Während der eine Zug als markhaltige Faser bis zur Follikelschichte der Peripherie in dichotomischer Verzweigung hinanläuft und sich erst hier in ein immer feiner werdendes sich gabelig theilendes Astwerk feinster markloser Fasern verzweigt, welche dann um die Follikel herum bald geradgestreckte, bald aber krausgewundene Züge bilden — bleibt der andere als geschlungenes grobmaschiges Netz an und um die Gefässe sichtbar. Je reifer der Follikel, d. h. je mächtiger seine Membrana granulosa ist, desto deutlicher kann man die Einzeltheile des Follikels sehen und zwar bildet sich in der Theca folliculi ein derbmaschiges, vielfach anastomosirendes Netz noch ziemlich starker Fasern, aus welchen sich ein langgestrecktes viel feinfaserigeres Maschennetz an die periphere Schichte der Membrana granulosa anlegt. Dieses letztere gibt durch Verästelungen ein dickes Netz ab, welches die Membrana granulosa umfasst und welches als Nervennetz an den zahlreichen Knötchen und Varikositäten leicht zu erkennen ist. Schwieriger sind Stellen zu finden, an welchen Aestchen dieses Netzes an die Zellen der Membrana granulosa herantreten. Dr. Elischer hat jedoch zu vielen — sich durch merkwürdige Fortsätze und Anhänge auszeichnenden — Zellen der Membrana granulosa die Nervenästchen an den Zellkern herantreten und in demselben verschwinden gesehen. — Als passendstes Untersuchungsobjekt ist das Ovarium des Schafes zu bezeichnen: bei genauer Einhaltung der Methode sind die Nervennetze — wie Verfasser sie oben skizzirt hat — ohne jede besondere Mühe zu finden, besonders wenn man in Nelkenöl die Schnitte von den noch daran haftenden Goldchloridniederschlägen mit einem feinen Pinsel reinigt. (Centralblatt f. d. mediz. Wissensch., 1876, Nr. 50.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 2. *Erlangen*, am 13. Januar 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie. Die Vergiftung mit Blausäure und Nitrobenzol in forenser Beziehung. Ueber syphilitische Psychosen. Zur Physiologie und Histologie der Hornhaut des Auges. Ueber Morphiumsucht. Verlauf und Behandlung der Amblyopia saturnina. Ueber Nervennaht, Nervenlösung und Nervendehnung. Zur Iritomie. Fall von erfolgreicher Milzexstirpation. Wirkungen der Kresotinsäure. Verfahren bei Epistaxis und Gebärmutterblutungen. Die Eiseninjektion gegen Anaemia perniciosa.

G. **Wegner** veröffentlicht nachstehende chirurgische Bemerkungen **über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie**: Wenn man die Ovariotomie als Paradigma für die Peritoneotomieen betrachtet, so reihen sich die Todesfälle, abgesehen von ungewöhnlichen Ereignissen, wie Blutungen u. dgl., bei dieser Operation in zwei Gruppen. Die erstere Gruppe umfasst die Todesfälle unmittelbar nach dem operativen Eingriffe oder wenige Stunden später, jedenfalls innerhalb der ersten 24 Stunden; die zweite Gruppe enthält die Todesfälle vom zweiten bis ungefähr zum 14. Tage, welche durch Peritonitis veranlasst werden. — I. Die schnell der Operation folgenden Todesfälle werden gewöhnlich auf Chok oder Collaps zurückgeführt. Es handelt sich dabei fast immer um Fälle, in welchen eine weite Oeffnung der Bauchhöhle und langdauernde Blosslegung der Eingeweide nothwendig wurden. Eröffnet man einem gefesselten Thiere, Kaninchen oder Hunde, die Bauchhöhle und setzt die vorgefallenen Darmschlingen einer Zimmertemperatur von 15—18° C, aus, wobei die Austrocknung der Oberfläche durch Aufträufeln einer Kochsalzlösung verhindert wird, so erfolgt anfänglich sehr rapide, dann immer langsamer, eine Abnahme der Körpertemperatur, welche in acht Stunden 15° betragen und damit in den Tod übergehen kann. Dabei tritt nicht die Spur einer Peritonitis auf, wohl aber neben der Abkühlung eine schnelle Lähmung des Darmes und als sekundäre Erscheinungen Herabsetzung der respiratorischen und der Herzthätigkeit. Dass diese Erscheinungen einzig und allein der Temperatur des umgebenden Mediums zuzuschreiben sind, geht aus zwei weiteren Versuchen hervor, denn die Temperaturherabsetzung und damit der Tod erfolgen nicht, wenn man entsprechend warme Dämpfe auf die Darmschlingen leitet, treten aber schneller und sicher dann ein, wenn man eine auf 16° temperirte Kochsalzlösung mittelst eines Drainrohres die Bauchöhle dauernd bespülen lässt. Man kann dabei die Beobachtung machen, dass Kälte die glatte Muskulatur lähmt, Wärme auf dieselbe erregend wirkt. Diese enorme Abkühlung erklärt sich zum grössten Theile einfach durch Wärmeverlust von der Oberfläche der geöffneten Bauchhöhle aus und zwar kommen dabei vier begünstigende Momente in Betracht: 1) die grosse Flächenausdehnung des Peritoneums, welche der Gesammtoberfläche des Körpers nahezu gleichkommt; 2) der Mangel jedes schützenden schlechten Wärmeleiters; 3) der grosse Gefässreichthum und die desshalb hohe Eigentemperatur der intraperitonealen Organe; 4) die feuchte Oberfläche der Serosa. Es ist demnach nicht nur möglich, sondern sogar sehr wahrscheinlich, dass bei langdauernden Ovariotomieen die wirkliche Todesursache in der hochgradigen Abkühlung zu suchen sei. Ist das richtig, so würde man in Zukunft darauf zu sehen haben, dass die Wärmeabgabe während der Operation durch Operiren im warmen Zimmer, Einhüllung der

Kranken u. s. w. möglichst beschränkt oder durch dauernde Zuleitung entsprechend warmer Dämpfe überhaupt verhindert würde. — Der II. Theil der Arbeit des Verfassers beschäftigt sich zumeist mit den physiologischen Verhältnissen der Bauchhöhle. Die normale Bauchhöhle stellt einen grossen Binnenraum des Bindegewebes dar von der schon früher erwähnten enormen Flächenausdehnung und begabt mit einer Resorptionsfähigkeit, welche sie nächst dem Darmkanale zu dem grössten Resorptionsapparat des Körpers macht. Alles, was überhaupt resorbirbar ist, wird von der Bauchhöhle aus aufgenommen mit solcher Schnelligkeit, dass ein Thier im Laufe einer Stunde 3,3—8% seines Körpergewichtes, in 31—11 Stunden sein gesammtes Körpergewicht, als Flüssigkeit gedacht, zu resorbiren im Stande ist. Auch Gase werden mit grosser Schnelligkeit resorbirt. Sind die in die Bauchhöhle eingeführten Stoffe an sich unschädlich, so ruft ihr Kontakt mit der Serosa absolut keine Entzündungserscheinungen hervor. Wegner hat Kaninchen Monate lang mit atmosphärischer Luft, welche ins Peritoneum eingetrieben war, ad maximum aufgeblasen erhalten, ohne dass die Thiere dabei sich krank zeigten. Handelt es sich aber um giftige Substanzen, so erfolgt die Vergiftung fast mit derselben Schnelligkeit, als wenn die Flüssigkeit direkt ins Blut eingespritzt worden wäre. Diese Resorption geht auf verschiedene Weise vor sich: durch Diffusion oder Endosmose der Peritonealflüssigkeit in umgebende Blut- und Lymph-Gefässe, Filtration in das umgebende Bindegewebe in Folge des intraabdominalen Druckes, Aufnahme durch die v. Recklinghausen nachgewiesenen Stomata an der unteren Fläche des Zwerchfelles, welche unmittelbar mit den Lymphbahnen in Verbindung stehen, endlich Aufnahme durch freie Wanderzellen. Alle diese Wege werden am meisten nutzbar gemacht durch energische Peristaltik des Darmes, welche die resorbirbaren Stoffe über die ganze Serosa verbreitet. Eben so mächtig wie das Resorptionsvermögen ist die Transsudationsfähigkeit des Peritoneums; doch halten sich für gewöhnlich beide Prozesse das Gleichgewicht und überwiegt die Transsudation nur bei gewissen krankhaften Prozessen. Endlich ist eine Eigenthümlichkeit des Peritoneums seine grosse Plastizität, durch welche es in den Stand gesetzt wird, Fremdkörper abzukapseln und selbst abgebundene Stücke der Ovarien und des Uterus mit einer ernährenden Kapsel zu umgeben. — So wenig nun aber auch die Luft an sich oder verschiedene Flüssigkeiten einen schlimmen Einfluss auf das Peritoneum auszuüben vermögen, so deletär zeigen sich alle fäulnissfähigen Flüssigkeiten, wenn sie vor ihrem Eindringen in die Bauchhöhle mit Luft in Berührung waren oder mit Luft gepaart in der Bauchhöhle verweilen. Sie verfallen der rapidesten Zersetzung und der Resorptionsmechanismus sorgt für schnelle Ueberführung ins Blut und damit für das Entstehen akutester Septikämie. Dieselbe kann existiren, auch wenn die Bauchhöhle ganz leer ist, weil die septische Flüssigkeit vor dem Tode vollständig resorbirt worden ist, und zwar werden mit derselben Leichtigkeit die löslichen Stoffe als die körperlichen Elemente, Mikrokokken und Bakterien, aufgenommen. Die letzteren scheinen in ihrer Wirkung weniger schädlich zu sein als die chemisch-löslichen Stoffe, auf deren Eindringen in den Kreislauf allein die schweren Störungen am Lebenden zu beziehen sind. Die Septikämie ist die eigentliche Todesursache; die daneben gelegentlich auftretenden peritonitischen Erscheinungen spielen nur eine sekundäre Rolle. — Der Wundverlauf nach Ovariotomie ist nach der Verschiedenheit der Fälle ausserordentlich different. Während in günstigen Fällen zahlreiche Operationen hinter einander ohne Zwischenfall zur Genesung kommen, gibt es andere, welche die schwersten Gefahren für den Wundverlauf mit Nothwendigkeit herbeiführen müssen. Den Massstab für die Beurtheilung der Gefahren geben ab die Grösse des Tumors und die Beschaffenheit der Bauchwandungen. Je grösser ersterer, je geringer die Elastizität der Bauchdecken, desto grösser ist der Wechsel in den abdominalen Spannungsverhältnissen und werden dadurch einerseits die Zirkulations- resp. Transsudations-Verhältnisse in der Weise beeinflusst, dass ein akuter Ascites entsteht, andererseits der Resorptionsmechanismus gestört, so dass in der nächsten Zeit die Resorption verlangsamt oder ganz aufgehoben wird. Das Transsudat verfällt demnach der Fäulniss und damit ist das Schicksal der Operirten in den meisten Fällen besiegelt. Es sind nun ohne chirurgisches Eingreifen drei Möglichkeiten denkbar: 1) die schnell sich wiederherstellende Spannung des Abdomens führt zur Resorption des zersetzten Transsudates, doch besitzt die Kranke noch Widerstandskraft genug, um die schädlichen Folgen zu überwinden; 2) die Masse und Malignität

des Sekretes ist gross genug, um in kürzester Zeit den Tod zu veranlassen; 3) ein Theil wird resorbirt, ein anderer wirkt reizend auf das Peritoneum und bewirkt eine jauchige Peritonitis, welche entweder tödtlich endet oder bei beschränkter Verbreitung und baldigem Durchbruche des Exsudates nach Aussen zur Heilung gelangen kann. — In allen Fällen aber liegt die Gefahr für die Operirten nicht in der Eröffnung der Bauchhöhle an sich, sondern in dem Vorhandensein einer giftigen Flüssigkeit in derselben. Demnach hat die Therapie eine dreifache Aufgabe: 1) Die Verhinderung der Transsudation durch künstliche Wiederherstellung normaler Spannungsverhältnisse, Anlegung eines Kompressivverbandes, elastischer Binden etc.; 2) die Verhütung der Zersetzung. Die antiseptische Wundbehandlung hält Wegner nicht für ausreichend zur Erfüllung dieser Indikation und betrachtet demnach die Lösung dieser Forderung noch als einen frommen Wunsch; 3) die möglichst frühzeitige und vollkommene Ableitung der Sekrete geschieht am besten durch die von Marion Sims empfohlene präventive Drainage durch den Douglas'schen Raum, welche auch bei anderen Peritonitiden mit Erguss in die Bauchhöhle sich empfehlen dürfte. (Arch. f. klin. Chir. S. 21, Bd. XX.)

Der jüngst verstorbene Privatdozent zu Erlangen Dr. G. Jüdell veröffentlichte noch kurz vor seinem Tode eine grössere Arbeit „über die Vergiftung mit Blausäure und Nitrobenzol in forenser Beziehung" (Erlangen, E. Besold, 1876), in welcher er durch betreffende Untersuchungen bezüglich der beiden Vergiftungsarten zu den nachstehenden Ergebnissen gelangt war: I. Vergiftungen mit den genannten Körpern gehören zu den relativ häufigen Vorkommnissen und zwar auf Grund der grossen Leichtigkeit ihrer Beschaffung durch das Publikum. Die Mehrzahl der Fälle ist auf Selbstmord und zufällige Intoxikationen in Folge ökonomischer und technischer Verwendung zurückführbar. — II. Die Symptome der betreffenden Vergiftungen sind charakterisirt: 1) durch Rapidität ihres Auftretens, die kurze Verlaufsdauer bei der meist letalen Blausäure- und Cyankalium-Vergiftung, sowie andrerseits durch eine in der Dauer sehr wechselnde Latenzperiode und den mehr protrahirten Verlauf bei der in etwa einem Drittel der beobachteten Fälle tödtlich verlaufenen Nitrobenzolvergiftung. 2) Qualitativ ist eine grosse Aehnlichkeit zwischen beiden Giftwirkungen vorhanden, welche für beide einen direkten toxischen Einfluss auf die Nervencentren wahrscheinlich macht. Neben den von leichter Benommenheit bis zum tiefsten Koma sich steigernden Störungen des Bewusstseins treten in Folge der Einverleibung des einen wie des anderen Giftes Störungen des Kreislaufes und der Athmung auf, sowie ausserdem eine Reihe unbeständiger und zufälliger, ebenfalls auf centrale Reizung zu beziehender Erscheinungen; als die wesentlichsten derselben sind Konvulsionen vorwiegend tetanischer Natur und Dilatation der Pupillen zu bezeichnen. 3) Als einziges spezifisches Symptom der in Rede stehenden Vergiftungen ist der charakteristische Geruch der Ausathmungsluft und der Ausleerungen zu bezeichnen, welcher bei der Nitrobenzolvergiftung weitaus häufiger wahrgenommen wird. 4) Ein sogenanntes pathognostisches Symptom existirt weder für die eine noch die andere der fraglichen Vergiftungsarten; eine absolute Sicherheit der Diagnose derselben unter einander, sowie von anderen Vergiftungen und einigen inneren Krankheiten ist bei ausschliesslichem Angewiesensein auf das pathologische Kriterium nicht gegeben. — III. Der anatomische Befund liefert als relativ konstanteste Merkmale 1) bei der Blausäurevergiftung kirschrothe und bei jener mit Nitrobenzol braune Färbung des dünnflüssigen Blutes; 2) unter nicht zu ungünstigen äusseren Verhältnissen den charakteristischen, bei der Nitrobenzolvergiftung weit länger anhaltenden Geruch der Organe, besonders der Bauchhöhle als der zumeist nächsten Applikationsstelle; 3) eine zumeist auf venöse Hyperämie, in einer Reihe von Fällen bei der Blausäurevergiftung auf Anämie beziehbare Alteration der normalen Blutvertheilung; 4) dagegen in keinem Organe essentielle Gewebeveränderungen, welche direkt auf die Einführung der betreffenden Gifte sich beziehen liesen: höchstens könnten hierher die ziemlich häufigen lokalen Einwirkungen des Cyankalium und des Nitrobenzol auf die Magenschleimhaut zu rechnen sein. An sich und ohne Verbindung mit den übrigen Kriterien wird der übrige Befund nur in den seltensten Fällen die Diagnose sicher stellen können. — IV. Der chemische Nachweis der fraglichen Gifte wird wesentlich erleichtert durch die enorme Feinheit der, für die Blausäure direkt, für das Nitrobenzol nach vorgängiger Reduktion zu Anilin anwendbaren

Reaktionen mit dem aus den organischen Theilen gewonnenen Destillate; erschwert wird er dagegen durch die Flüchtigkeit resp. Spaltbarkeit der gedachten Körper, deren letzte Umsetzungsprodukte sich noch der genauen Kenntniss entziehen. Nur unter exceptionellen Bedingungen kann das chemische Kriterium an sich beweisend sein. — V. Die Kombination der sub II, III und IV namhaft gemachten Kriterien mit positivem Resultate lässt einen Zweifel an stattgehabter Vergiftung durch Blausäure (Cyankalium) oder Nitrobenzol nicht zu. Bei fehlender Instruktion über die im Leben beobachteten Erscheinungen und negativen Resultate der Obduktion ist nach einer kurzen oder längeren Zeit vom Tode an die Beweisführung eben so unmöglich wie bei allen anderen organischen Giften.

Aus dem „Sitzungsberichte der Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden", 1876, entnehmen wir den folgenden Auszug eines Vortrages von Prof. v. Rinecker „über syphilitische Psychosen". Von dem Augenblicke an, wo man Hirnkrankheit und Geistesstörung als zusammengehörige Begriffe erkannte, wurden auch die Beziehungen eines Krankheitsprozesses wie der Syphilis zur Psychose näher ins Auge gefasst, da die Einwirkung der ersteren auf das centrale Nervensystem durch täglich sich mehrende Beobachtungen immer deutlicher hervortrat. Eben so naheliegend war es, dass man die Syphilis zuerst bei der Dementia paralytica eine Rolle spielen liess und bereits bei dem Punkte angekommen war, letztere geradezu für eine syphilitische Hirndegeneration zu erklären, als gewichtige Stimmen — vor Allem L. Meyer und C. Westphal — zur Vorsicht mahnten. Damals (1863), als man bei Hirnsyphilis stets nur an die gummösen Bildungen, somit an Herderkrankungen, dachte, fehlte der Verknüpfung eines einheitlichen Krankenbildes, wie der Dementia paralytica mit syphilitischer Gehirnaffektion thatsächlich jeder Stützpunkt, und Westphal hatte vollkommen Recht, wenn er vor Allem den Nachweis verlangte, dass die konstitutionelle Lues als solche im Stande sei, diffuse Erkrankungen des Gehirnes, vor Allem seiner Peripherie — ohne gleichzeitige Gummiknoten — mit anderen Worten diejenigen Veränderungen des Gehirnes und seiner Häute herbeizuführen, welche man bis jetzt als die gewöhnlichen bei dem Symptomenkomplexe der Dementia paralytica betrachten müsse, wie Trübung und Verdickung der Pia, Adhärenz derselben an die Rindensubstanz, Erweichung der letzteren u. s. w. Das ist nun bekanntlich seitdem geschehen. Westphal selbst berichtete schon damals über einige Fälle dieser Art von französischen Autoren; vor Allem aber waren Virchow's Arbeiten in dieser Beziehung von Bedeutung und ist dermalen die Existenz einer luetischen Hirnkrankheit unter der Form einer diffusen — sowohl einfachen als gummösen — chronischen Entzündung der harten und weichen Hirnhaut mit Verdickung, Verwachsung und Veränderung des anstossenden Hirntheiles nicht mehr zu bezweifeln. Ebenso wurde bereits von Virchow auf die häufig gleichzeitig vorhandene Arteriendegeneration hingewiesen, welche kürzlich durch Heubner eine sorgfältige und eingehende Schilderung erhalten hat und die sicher für das Zustandekommen der verschiedenen Formen von luetischer Hirnstörung — auch auf dem psychischen Gebiete — von grösster Bedeutung ist. Unwillkürlich wird man hierbei an das häufige Vorkommen ganz analoger Gefässentartung bei Dementia paralytica erinnert. — Uebrigens hängt es wohl zunächst von dem Sitze aller dieser verschiedenen entzündlichen hyperplastischen oder degenerativen, diffusen oder Herd-Erkrankungen ab, ob sie eine psychische Störung überhaupt und in welcher Form im Gefolge haben oder nicht. Die Diagnose ist in manchen Fällen leicht, wenn der Kausalnexus mit syphilitischen Leiden nahe liegt und namentlich noch andere Affektionen von unzweifelhaft luetischer Natur sich auffinden lassen. Häufig aber ist die Sache nicht so handgreiflich gelagert; Rinecker stimmt vielmehr Broadbent bei, wenn er behauptet, dass vorzugsweise jene Personen zu Erkrankungen des centralen Nervensystems disponirt seien, bei welchen die sekundären Affektionen unbedeutender oder vorübergehender Natur waren oder wohl auch ganz gefehlt haben — ferner solche Individuen, bei welchen tertiäre Symptome frühzeitig aufgetreten sind oder gar die ersten Symptome der Syphilis waren. In neuester Zeit hat Wunderlich ein charakteristisches Bild der Hirnsyphilitischen zu zeichnen versucht, aber die von ihm angeführten psychischen Symptome sind von sehr wandelbarer und mehr fragmentarischer Art — ein Verhalten, welches überhaupt von Wunderlich als für syphilitische Hirnstörung bezeichnend betrachtet wird. Hierher zu rubri-

irende Fälle kommen in der That auf syphilitischen und auch auf psychiatrischen Krankenabtheilungen zeitweise vor, wo eine auf luetischem Boden aufwachsende Psychose in rudimentärer Form sich darstellt und als solche wieder rückgängig werden kann. Rinecker hatte im Juliusspitale zu Würzburg, woselbst die beiden genannten Abtheilungen seiner ärztlichen Leitung unterstellt sind, Gelegenheit, solche Fälle von sich entwickelnder Geistesstörung sowohl mit maniakalischem wie depressivem Charakter bei an konstitutioneller Lues daselbst behandelten Kranken zu beobachten; dieselben mussten auf die Irrenabtheilung verbracht werden. In einem Falle war ein an den Grössenwahn bei Dementia paralytica erinnerndes Delirium vorhanden. Die Psychose ging im Laufe der antisyphilitischen Behandlung vorüber. — Solche Fälle enthalten die dringende Mahnung, wie bei jeder schweren, insbesondere chronischen Hirnstörung, so auch bei Psychosen mit desperaten Symptomen und eigenthümlichem Verlaufe an die Möglichkeit eines noch fortdauernden syphilitischen Leidens zu denken. Lässt sich ein solcher Zusammenhang auch nur vermuthen, so soll man ohne langes Zögern zu einer spezifischen Medikation schreiten. Auch Wunderlich räth, in solchem Falle nicht ängstlich zu thun und, ohne den vollen Beweis der luetischen Natur der Krankheit abzuwarten, eine Jodkalium- oder Inunktions-Kur in energischer Weise einzuleiten. Heubner ist gleicher Ansicht. Was nun speziell Geisteskranke betrifft, so verhält sich die Sache sehr einfach, wenn die Psychose während des Bestehens einer luetischen Affektion oder gar im Laufe der Kur ausbricht. Das werden aber immer seltene Fälle bleiben. Ist der Zusammenhang kein so nahe liegender, so wird es von der Form der vorausgegangenen Lues und der zwischen ihr und dem Auftreten der Geistesstörung verlaufenen Zeit, auch von dem Stande der Ernährung abhängen, ob man zum Jodkali oder zum Quecksilber sich entschliesst. Dass letzteres auch bei Spätformen der Syphilis manchmal ausgezeichnete Dienste leistete, ist bekannt. Will man es bei Geisteskranken in solchen Fällen versuchen, so möchte Rinecker ganz besonders zu der hypodermatischen Anwendung desselben in der Form der neulich von Hofrath v. Bamberger empfohlenen Quecksilber-Albuminatlösung rathen, die in jedem CC. — dem gewöhnlichen Inhalte einer Injektionsspritze nach Pravaz — genau 0.01 Quecksilber-Albuminat enthält. Schon nach drei bis vier Einspritzungen einer solchen minimalen Dosis macht sich in der Mehrzahl der Fälle ein günstiger Einfluss geltend. Weder Salivation noch Abscedirung der Injektionsstelle sind zu befürchten. (Allg. med. Central-Zeitg., 1876, 102.)

Dr. L. v. Thanhoffer in Pest (Beiträge zur Physiologie und Histologie der Hornhaut des Auges: Virchow's Archiv, LXIII, 1 u. 2, p. 136) hat an Fischen, Amphibien, Vögeln und Säugethieren zahlreiche Untersuchungen über die Physiologie und Pathologie der Hornhaut, theilweise mit Zuhilfenahme neuer physikalischer und chemischer Präparationsweisen, angestellt, deren Ergebnisse sich kurz in Folgendem zusammenfassen lassen: In der Substantia propria der Hornhaut sind ausser den zahlreichen sternförmigen „Saftkanälen" mit diesen zusammenhängende grössere Gänge vorhanden, welche von der Grundsubstanz durch eine scharfe Grenzlinie, ebenso wie die kleineren sternförmigen Saftkanälchen, getrennt sind. In diesen Gängen verlaufen die Hornhautnerven. Die Saftkanäle sind nicht blosse Höhlungen, sondern von der Grundsubstanz durch eine wirkliche Zellenwand, welche mit Löchern versehen ist, getrennt. Diese Zellenwand setzt sich aus den grossen Gängen in die sternförmigen Saftkanäle fort. Die kleineren Nervenzweige, welche aus den Nerven in den Gängen entspringen, gehen mit den Protoplasmafortsätzen einzelner Hornhautkörperchen eine Verbindung ein, nicht aber mit dem Kerne der Hornhautkörperchen. Die am Rande der Hornhaut eintretenden Blutgefässe sind von einem Lymphraume umgeben, dessen Wand mit Endotel ausgekleidet ist und welcher direkt mit den Saftkanälen in Verbindung steht. Die letzten Nervenendigungen befinden sich zwischen den pallisadenförmigen Epitelzellen an der Vorderfläche der Hornhaut und stellen hier im Querschnitte kleine glänzende Pünktchen dar, welche als Tastkörperchen aufzufassen sind und immer zwischen je zwei Gipfeln der Epitelzellen eingeklemmt liegen. Diese Nervuli recti haben, bevor sie in der Epitelschichte endigen, die Bowman'sche Membran durchbohrt und treten aus dem netzförmigen Nervenplexus, wie solcher mit dem Protoplasma der Hornhautkörperchen in Verbindung steht, senkrecht hervor. Die von anderen Forschern beschriebenen Nerven-

Endigungen sind nach Verfasser Kunstprodukte. Das Epitel der Descemet'schen Membran besteht aus Stachel oder Riff-Zellen.

Dr. E. Levinstein lenkt in mehreren Abhandlungen die Aufmerksamkeit der Aerzte auf einen pathologischen Zustand, der nicht nur in klinischer, sondern auch in forenser Hinsicht und in seinen sozialen Beziehungen von weittragender Bedeutung ist. Es handelt sich um den Symptomenkomplex, welchen er unter dem Kollektivnamen „Morphiumsucht" zusammenfasst. Derselbe wird durch den übermässigen Gebrauch subkutaner Morphiumeinspritzungen hervorgerufen und zeigt in seinen Einzelheiten viele Analogieen mit dem Alkoholismus. Der Fundamentalunterschied beider Krankheiten ist jedoch der, dass die Morphiumsucht zum weitaus grössten Theile ein Produkt ärztlicher Sorglosigkeit ist, der Alkoholismus dagegen als Urheber der Krankheit den Alkoholisten selbst hat. — Die Erscheinungen der Morphiumsucht sind Neuralgieen, Schlaflosigkeit, Angst, Depressions- und Erregungs-Zustände, also eigentlich dieselben wie diejenigen, gegen welche es angewandt wird. In einer Anzahl von Fällen treten jedoch während des Morphiumgebrauches, abgesehen von atypischen Begleiterscheinungen wie Doppelsehen und Reflexneurosen, noch typische Fieberanfälle auf, welche Levinstein „Febris intermittens ex Morphinismo" nennt. Die Milz wurde bei einigen Kranken vergrössert gefunden, bei anderen nicht. Die differentielle Diagnose muss sich aus der Wirkungslosigkeit des Chinins ergeben sowie aus dem Nachweise, dass Morphium gebraucht wurde. In anderen Fällen zeigt sich nur in der Periode der ganzen oder theilweisen Morphiumentziehung ein ausgeprägtes, meist nur 48 Stunden anhaltendes Delirium (Delirium tremens ex Morphinismo), welches sich in seinen wesentlichen Erscheinungen mit denen des chronischen Alkoholismus deckt. — Für alle Symptome der Morphiumsucht gibt es nur ein einziges, aber absolut sicheres Heilmittel, nämlich die sofortige Entziehung des Morphiums, und zwar kann dies nur geschehen, wenn die Patienten isolirt und unter strenger Beobachtung gehalten werden, da sie jede Gelegenheit, sich Morphium zu verschaffen, ergreifen. Gegen die in der Abstinenz eintretenden Neuralgieen sind prolongirte Bäder, gegen die Diarrhöen Warmwassereinspritzungen in den Mastdarm, bei zu heftigem Erbrechen Ernährung der Kranken durch Leube'sche Ernährungsklystire anzuwenden. — Interessant ist noch die Beobachtung Levinstein's, dass in Fällen von akuter Morphium- als auch akuter Chloral-Vergiftung der Harn alle Zuckerreaktionen gab, die Polarisationsebene drehte und alkoholische Gährung einging. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1876, Nr. 51.)

Dr. Joachim Breuer stellt in einer Inaugural-Dissertation (Bonn, 1876) die bisher bekannt gemachten Beobachtungen über Amblyopia saturnina zusammen, deren Zahl gegenüber der Häufigkeit der Bleiintoxikation überhaupt nur gering ist. Ueber die Symptome und den Verlauf bemerkt er dabei Folgendes: Die Erblindung tritt meistens binnen wenigen Stunden ein und zwar kann dies ohne sonstige Symptome der Bleivergiftung geschehen oder die Sehstörung macht sich während der Kolik und während des Vorhandenseins anderer Gehirnerscheinungen bemerkbar. Häufig hören dann nach Eintritt der Gesichtsstörung die anderen Symptome auf. Selten kommt es vor, dass sich das Gesicht langsam und allmählig verdunkelt. Die Amblyopie ist meistens hochgradig, ein Auge ist zuweilen früher ergriffen als das andere, auch sind ziemlich oft beide Augen in verschiedenem Grade befallen. Die Iris ist immer reaktionslos und die Pupille hochgradig, zuweilen unregelmässig vergrössert. Ist der Patient nicht ganz erblindet, so erscheinen ihm die Gegenstände in einen dicken Nebel gehüllt; partielle Sehfelddefekte werden nur selten beobachtet. Je rascher die Sehstörung eingetreten, desto eher ist auch eine Heilung binnen einigen Tagen zu erwarten. Bei langsamer Entwicklung der Amblyopie ist die Prognose ungünstig. Als beste Methode der Behandlung hat sich die örtliche Blutentziehung (mittelst des künstlichen Blutegels alle 8 Tage oder öfter) und die subkutane Injektion von Morphium in die Schläfengegend erwiesen. Auch Jodkalium innerlich und Injektionen mit Strychnin sind mit Erfolg versucht worden. —

Dr. Paul Vogt veröffentlicht in der „Deutschen Zeitschrift f. Chirurgie" VII. Bd. folgende Fälle: I. Nervennaht. Er hatte Gelegenheit, in einer Schnittwunde am Vorderarme den durchtrennten Nervus medianus

durch die Naht zu vereinigen; die Wunde war durch einen eingedrungenen Porzellanscherben entstanden und verlief 3 Ctm. oberhalb der Handgelenkslinie quer zur Längenachse des Vorderarmes; die Schnittflächen des Nerven waren $1^1/_2$ Ctm. weit von einander entfernt. 8 Stunden nach der Verletzung legte Vogt die indirekte Nervennaht an, indem er durch das hinter dem Nerven gelegene paraneurotische Bindegewebe eine Katgutnaht legte. Es bestand im Verbreitungsbezirke des N. medianus keine vollständige Anästhesie, sondern nur das Gefühl von Taubsein, welches nach 14 Tagen geschwunden war. Nach acht Wochen wurde bei einer sorgfältigen Untersuchung die Sensibilität überall normal gefunden, ausser an einer markstückgrossen Stelle unterhalb der Narbe, entsprechend dem Verbreitungsbezirke des Ramus palmaris. Die früher nicht untersuchten kleinen Daumenmuskeln zeigten normale Energie. — Experimente an Thieren mit der indirekten Nervennaht, welche zuerst von Richet und von Hueter angewendet wurden, ergaben Folgendes: die gewöhnliche körnig-fettige Degeneration des Nerven tritt auch dann ein, wenn sogleich nach der Verletzung die indirekte Naht angelegt wird, jedoch bleibt sie auf die nächste Umgebung der Schnittflächen beschränkt. Ihre Ausbreitung richtet sich nach dem Grade der Quetschung, welche der Nerv bei der Verletzung erlitten hatte; es wäre somit bei vorhergegangener stärkerer Quetschung der Nervenstümpfe zweckmässig, von denselben vor der Vereinigung ein Stück scharf abzutragen. — Auch die direkte Nervennaht führt zu einer Degeneration, deren Ausdehnung von der Feinheit des angewendeten Nähmateriales abhängt. Am zweckmässigsten findet es der Verfasser, wenn man die Vereinigung mittelst zweier Nahtschlingen vornimmt, von welchen die eine hinter die andere vor dem Nerven durch das paraneurotische Bindegewebe gelegt wird. — II. Hat der Verfasser drei Fälle von Nervenlösung und Nervendehnung beobachtet: Ein Mädchen von 11 Jahren hatte vor sieben Wochen eine Fraktur des Humerus erlitten; es bestand am Collum chirurgicum eine Pseudarthrose, unterhalb welcher starke Kalluswucherung zu fühlen war. Der Vorderarm war anästhetisch und paralytisch. Es wurde angenommen, dass eine Einklemmung der Armnerven durch den Kallus vorliege, wurde desshalb die Resektion des oberen Endes des Humerus gemacht (ein Stück von 9 Ctm. Länge entfernt) und dabei die mit dem Perioste fest verwachsenen Nerven befreit. Schon fünf Tage nach der Operation erregte der induzirte und konstante Strom eine Empfindung in den Fingern und auch die Vorderarmmuskulatur begann zu reagiren. Allmählig besserte sich der Zustand, so dass ein gutes Resultat zu erwarten war; doch wurde die Patientin der weiteren Behandlung entzogen und nach drei Jahren fand man die Hand sensibel wie motorisch gelähmt, während Bewegungen von Ober- und Vorderarm möglich waren. — Ein Mädchen von 22 Jahren hatte unterhalb der Mitte des Vorderarmes an der Volarseite zwei quer verlaufende Narben, von Schnittwunden herrührend, welche mit den Sehnen und Fascien verwachsen waren. Es bestand sensible und motorische Parese im Gebiete des N. ulnaris. Subkutane Lösung der Hautnarbe von den darunter liegenden Theilen hatte Besserung zur Folge; eine weitere Operation liess Patientin nicht zu. — In dem dritten Falle bestanden neuralgische Schmerzen, welche von einer Narbe ausstrahlten, die im unteren Drittheile der Volarseite des Vorderarmes und zwar an der Ulnarseite ihren Sitz hatte. Nach Herauslösung des N. ulnaris aus der Narbe und Dehnung desselben in centraler und peripherer Richtung kehrten die neuralgischen Erscheinungen nicht wieder. —

Durch einen Beitrag zur Iritomie in den klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1876, Septemberheft, erweitert v. Wecker die Indikationen dieser Operation (er zieht den Ausdruck „Iritomie", trotzdem derselbe grammatikalisch nicht richtig gebildet ist, dennoch der bisher üblichen Bezeichnung „Iridotomie" vor) in beachtenswerther Weise, indem er dieselbe als sehr wirksames antiphlogistisches Hilfsmittel bei den nach Linearextraktion eintretenden iritischen Prozessen erkannt und vielfach erprobt hat. Die physiologische Werthigkeit dieser Operation bei iritischen Folgezuständen der Linearextraktion beruht nach ihm hauptsächlich darin, dass den mechanischen Ursachen der reaktiven Entzündung, die er ganz besonders in Einklemmungen der Kapsel oder der Iris sucht, eine vollständige Abhilfe geleistet wird. Die Technik der Iritomie bei derartigen Zuständen ist eine von der bisher üblichen etwas abweichende. v. Wecker macht zuerst am äusseren Hornhautrande, im Abstande von 1 Mm. von demselben, mit seinem Couteau à arrêt eine vertikale Wunde und führt dann durch dieselbe

die Pince-ciseaux ein, welche er so umgeändert hat, dass er mit derselben direkt die Iris einschneiden kann, ohne vorher mit dem Couteau à arrêt dieselbe angestochen zu haben. Zu diesem Zwecke hat er die Pinceciseaux so abgeändert, dass die untere Branche eine feine, sehr scharf schneidende Lanze bildet, während die obere 1 Mm. längere Branche mit einem kleinen nach hinten bei geschlossener Scheere gegen die Spitze gerichteten Knopfe versehen ist. Der Irisschnitt wird in horizontaler Richtuug angelegt und soll den verlötheten Sphinkter in zwei Punkten trennen. — Die Heilwirkung der Iritomie bei den iritischen Folgezuständen der Linearextraktion ist nicht allein durch v. Wecker wiederholt beobachtet, sondern auch noch durch andere hervorragende Okulisten, z. B. Mooren, durchaus bestätigt worden. —

Von Péan wird in „the Lancet“ vom 23. Sept. 1876 folgender Fall von Exstirpation der Milz erzählt: Eine 24jährige Frau bemerkte seit 18 Monaten einen Tumor im Bauche; es bestand gleichzeitig Appetitlosigkeit und Erbrechen. Der Tumor wölbte die Bauchwand stark vor, ohne mit derselben verwachsen zu sein. Es wurde eine mediane Inzision gemacht, die 8 Ctm. oberhalb des Nabels begann und 6 Ctm. oberhalb der Symphyse endete. Die Därme wurden nach rechts geschoben und mit warmen Kompressen zurückgehalten, dann wurde der Tumor durch die Wunde herausgedrängt, der Stiel in eine Massenligatur gefasst und nach seiner Durchtrennung im oberen Wundwinkel eingenäht. Die exstirpirte, rein hypertrophische Milz wog nach dem spontanen Abflusse von einem Liter Blut noch 1125 Grm. Der Verlauf war ungemein günstig, die Patientin wurde nach 27 Tagen geheilt entlassen. — Es ist dies die zweite von Péan vorgenommene Milzexstirpation; bekanntlich hatte auch die erste einen günstigen Erfolg. —

C. E. Buss hat mit der inneren Anwendung der Kresotinsäure Versuche angestellt, von welcher ähnliche antiseptische Eigenschaften wie von der Salicylsäure durch Kolbe nachgewiesen sind. Er nahm das „Natron cresotinicum“ in Dosen von 8,0 und konstatirte das vollständige Fehlen des Kongestions-Stadiums, welches er früher nach Gebrauch viel kleinerer Gaben von Salicylsäure beobachtet hatte. Dagegen sei schwaches Ohrensausen eingetreten. Die klinischen Beobachtungen an Fieberkranken lassen nach ihm keinen Zweifel übrig, dass die Kresotinsäure ein dem Chinin und der Salicylsäure ebenbürtiges Antipyreticum sei. Die Dosis für die gleiche antifebrile Wirkung sei ungefähr dieselbe wie beim salicylsauren Natron, d. h. 6,0. Charakteristisch wie für die Salicylsäure sei der schnelle Abfall der Fiebertemperatur im Gegensatze zu dem allmähligen Sinken nach Chinin. In zwei Fällen von akutem Gelenkrheumatismus sank die Temperatur rasch zur Norm und war der ganze Symptomenkomplex nach Gebrauch von 8,0 beseitigt. Auch bei Lungentuberkulose, Abdominaltyphus etc. hat Buss die Kresotinsäure mit Erfolg versucht. Er behält sich Weiteres vor. (Berl. klin. Wochenschr., 1876, Nr. 31.) —

In der Pariser Société de Thérapie, Sitzung vom 11. Nov. v. Js., sprach Créquy über die Behandlung von Hämorrhagieen und hob besonders hervor, dass er sich bei Epistaxis einer 6 Ctm. langen Spritze bediene mit nach rückwärts stehenden Ausflussöffnungen, so dass die Lösung von Liqu. ferri sesquichlorati nach aussen getrieben wird; bei Gebärmutterblutungen umwickelt er ein kleines Stück Gentianawurzel mit Feuerschwamm, taucht das Ganze in Liqu. ferr. sesquichl. und führt es in das Collum uteri ein, woselbst er es zwei Tage liegen lässt; ein daran befestigter Seidenfaden ermöglicht die Entfernung dieses Tampons, welcher gewöhnlich gut ertragen werden soll. (Gaz. hebd., Nr. 46, 1876.) —

Wenn bei Anaemia perniciosa die Absorption innerlich zu verabreichender Medikamente nicht mehr stattfinden kann, so schreitet Prof. Dr. Huguenin zur Injektion derselben. Seine Formel für die Eiseninjektion ist folgende: Rpe.: Ferr. pyrophosph., Ammon. sulf. ana 5.00, Aq. dest. 50.00 — so dass eine Pravaz'sche Spritze 0.03 Eisen enthält. Bald nach der Injektion beobachtet man Hautröthe, Oedem, oft sogar Erscheinungen von Seite des Herzens, aber alle Symptome gehen bald vorüber und der Allgemeinzustand bessert sich. (Gaz. des Hôpit. 1876 26. Aug.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

№ 3. *Erlangen*, am 20. Januar 1877.

Wöchentlich 1½ Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Leukämie. Zur Syphilisbehandlung. Das Chloralhydrat in der Geburtshilfe. Schwefel gegen Speichelfluss. Neue Behandlungsmethode spastischer Uterusstrikturen in der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode. Jodkali gegen Bleierkrankung.

Je mehr Fälle von Leukämie zur Beobachtung gekommen sind, desto mehr überzeugte man sich, dass die Mehrzahl der Organe an dem Krankheitsprozesse mehr oder weniger betheiligt ist. Es stellte sich heraus, dass ausser der Milz und den peripheren Lymphdrüsen auch die Leber und die Nieren, der Respirations- und Digestions-Traktus, die serösen Blätter, wie Perikardium, Pleura und Peritoneum, die inneren Lymphdrüsen, Thymus, Nebennieren, Retina und schliesslich selbst im hohen Grade das Knochenmark mannigfache und charakteristische Veränderungen darbieten können. Von der Ansicht ausgehend, dass die Vermehrung der farblosen Blutkörper im leukämischen Blute auf einer vermehrten Bildung derselben beruht und dass dieselben, in der Milz und in den Lymphdrüsen erzeugt, aus diesen in das Blut gelangen, betrachtet Virchow die den leukämischen Prozess begleitende Hyperplasie der Milz oder der Lymphdrüsen oder beider zugleich als das primäre Organleiden neoplastischer Natur (primäre leukämische Lymphome), die dagegen in anderen Organen auftretenden Veränderungen als durch die abweichende Blutbeschaffenheit bedingte sekundäre Erkrankungen — sekundäre heteroplastische leukämische Lymphome. — Prof. Biesiadecki zu Krakau kam ein Fall von Leukämie zur Obduktion, in welchem er, ausser den bekannten Erscheinungen dieses Leidens, zahlreiche Tumoren des Corium konstatirte, welche an der Stirne, im Gesichte, an der Brust und an den Extremitäten langsam sich entwickelt hatten, sich als linsen- bis bohnen-grosse Knötchen, die über die Haut hervorragten, präsentirten und alle Charaktere, die auch den in anderen Organen, namentlich im Darme, vorkommenden leukämischen Tumoren zukommen, besassen, so dass sie für leukämische Tumoren der Haut erklärt werden müssen. — Während des Lebens, 9 Wochen vor der Aufnahme in's Spital, traten an der Haut der linken Gesichtshälfte des 50jähr. Patienten in der Nähe des Ohres diese kleinen etwas juckenden Knötchen auf, gleichzeitig schwollen die Lymphdrüsen hinter dem Ohre an, welche auch ohne Druck schmerzhaft und mit reissenden Schmerzen im Kopfe verbunden waren. Nach und nach schwollen die Lymphdrüsen der rechten Achselhöhle und der Leistengegend an. Während dieser Zeit entwickelten sich zahlreiche Knötchen in der Haut der Stirne, nachträglich auch beider Gesichtshälften; ursprünglich kaum als hanfkorngrosse Knötchen bemerkbar, nahmen sie stetig an Grösse zu, ja die neben einander liegenden flossen zusammen und bildeten mässig weiche flache Wülste, welche namentlich Nachts mehr Jucken erregten. Mit der Schwellung der Lymphdrüsen in der Achselhöhle und Leistenbeuge entwickelten sich auch Geschwülste an der Haut der Brust, beider oberer Extremitäten, am Mons Veneris und in der Haut in inguine über den geschwellten Lymphdrüsen. Bei der Aufnahme in's Spital ergab sich folgender

Status: In der Haut findet man und zwar an der Stirne unzählige zerstreut stehende, linsenförmige, flache, etwa $^1/_2$ Linie über das Niveau der Haut hervorragende Knötchen, von welchen einige kaum hirsekorngross, die meisten linsen-, wenige dagegen bis bohnen-gross, die kleinen schwach rosaroth, die grösseren dagegen rothbläulich gefärbt sind. Dieselben lassen sich mit dem Korium über dem schlaffen subkutanen Bindegewebe verschieben und sind an ihrer Oberfläche völlig glatt, von einer anscheinend unveränderten, vielleicht nur verdünnten Epidermis überkleidet. Wo dieselben dichter neben einander gelagert sind, wie in beiden Schläfengegenden und über den äusseren Augenwinkeln, fliessen sie in einander über und bilden plaqueartige, livid gefärbte Erhabenheiten, an welchen noch die einzelnen dieselben zusammensetzenden Knötchen an den mehr oder weniger tiefen Furchen zu unterscheiden sind. In der Haut beider Augenlider kommen hirsekorngrosse weiche Knötchen nur in spärlicher Anzahl vor, grössere und reichlichere an der Nase und der Gesichtshaut. In der Haut der linken Wange liegt eine Plaque von kleinen Knoten, etwa 1″ breit und bis 2″ lang, von dem inneren Augenwinkel bis zum linken Mundwinkel reichend. Am dichtesten und grössten, meist perlschnurartig von oben nach unten gelagert, findet man sie in der Haut vor und hinter beiden Ohren. Einige erreichen daselbst die Bohnengrösse und zeigen in der Mitte eine sehr flache tellerförmige Vertiefung; je grösser sie sind, desto mehr besitzen sie ein fluktuirendes weiches Anfühlen. Rechterseits erstrecken sie sich auch auf die obere Hälfte der rechten Halsseite, wo sie unregelmässig dicht gelagert sind und die ganze Haut mit diesen wie besät erscheint. Die behaarte Kopfhaut ist knotenfrei. In der rechten Achselhöhle über den geschwellten Lymphdrüsen 10 grössere Knoten, am rechten Oberarme 6 rosaroth gefärbte linsengrosse Knoten. In der Leistenbeuge beiderseits dichter stehende Knötchen. In der rechten Kniekehle ein Knoten, sonst die Haut der unteren Extremitäten frei von Knoten. Die Lymphdrüsen am Nacken, bohnengross und perlschnurartig geordnet, sind über den Muskeln und der Haut verschiebbar; von ähnlicher Grösse auch die beiderseitigen Jugulardrüsen. Unterhalb der Mitte des rechten Schlüsselbeines findet sich ein 2 Zoll breiter, walzenförmiger, verschiebbarer, aus zahlreichen Drüsen zusammengeseteter, höckeriger und mässig weicher Tumor, der mit einem ähnlichen in der rechten Achselhöhle gelegenen faustgrossen zusammenfliesst. Vom letzteren schiebt sich ein hühnereigrosser Knoten nach hinten zwischen Scapula und Thorax hinein. In der linken Achselhöhle mehrere taubeneigrosse Drüsen. In beiden Leistengegenden finden sich haselnuss- bis hühnerei-grosse Lymphdrüsen von weicher Konsistenz. — Die physikalische Untersuchung der inneren Organe ergab nichts Abnormes; nur die Milzdämpfung sei hier erwähnt, welche von der 8. linken Rippe bis vier Finger breit unterhalb des Nabels reichte. Der vordere Rand derselben war in der Magengrube 2 Zoll und in der Höhe des Nabels 1 Zoll von der Mittellinie entfernt und zeigte in der Mitte eine tiefe Einkerbung. — Die sachkundige Untersuchung der sämmtlichen Organe und des Blutes führte Biesiadecki in diesem von ihm ausführlich erörterten Falle zu folgenden Resultaten: 1) dass weder die Milz noch die Lymphdrüsen trotz der grossen Schwellung solche Veränderungen dargeboten haben, die für eine vermehrte Neubildung von farblosen Blutzellen innerhalb derselben sprechen könnten; 2) dass an dem eigentlichen Gewebe der Milz, der Leber, Nieren nicht nur keine Hypertrophie, sondern eine Atrophie bei der Leukämie zu Stande kommt; 3) dass die farblosen Blutzellen in Folge irgend einer Veränderung ihres Protoplasma's verändert waren; 4) dass die vergrösserten farblosen Blutzellen in denjenigen Organen und Organabschnitten, in welchen mit Pigment oder Farbstoff gefüllte Blutzellen sich anhäufen, abgelagert waren; 5) dass die Lymphdrüsen erst anzuschwellen begannen, als das Blut schon wesentlich verändert und in der Haut leukämische Tumoren sich neugebildet haben und noch bilden; 6) dass bei den zahlreichen an Thieren durchgeführten Milzexstirpationen weder das Blut noch andere Organe wesentliche Veränderungen dargeboten haben, welche als Primärleiden der Leukämie vorangehen und dieselbe bedingen sollen, womit auch die Ansicht gerechtfertigt ist, dass die Schwellung der Milz, der Lymphdrüsen ebenso wie die Veränderungen anderer Organe, wie Leber, Nieren etc., welche als sekundärer (oder vielmehr tertiärer) Natur durch dieselbe hervorgerufen worden sind, als Folge der veränderten Blutbeschaffenheit betrachtet werden können. — Biesiadecki sieht somit in der Leukämie eine parenchymatöse Bluterkrankung, in welcher bei normaler Neubildung der

farblosen Zellen eine Metamorphose derselben, ähnlich der der Parenchymzellen anderer Organe, stattgefunden hat und in welcher — wie es Donné noch vor Virchow in einem Falle von zu Lebzeiten konstatirtem weissen Blute behauptet hat, die Umwandlung desselben in farbige Blutzellen gehindert ist, also eine „Art gehemmter Blutentwicklung" stattfindet. (Mediz. Jahrb., III. Heft, 1876.) —

Prof. Dr. Carl Sigmund zu Wien bespricht in klinischen Vorträgen die Fortschritte, welche in dem ablaufenden Jahrzehnte (1867—76) die Syphilis-Therapie erfahren hat, und zwar lediglich auf Grund der vom Verf. in seiner Klinik gesammelten diessbezüglichen Thatsachen, an welche er die Resultate seiner umfangreichen Privat-Thätigkeit da anschliesst, wo diese jene ergänzen. Als neue Mittel wurden von ihm versucht: die Karbol- und Salicylsäure, das Jodoform und das oleïnsaure Quecksilberoxyd; als neue Gebrauchsweisen älterer Mittel wurden angewendet: die Suppositorien von grauer Salbe, die Sublimatnatrium-Chlorverbindung und das Eisen-Quecksilber-Oxydul innerlich, die Inhalation von Sublimat, mehrere Quecksilberpräparate in subkutanen Injektionen und endlich die Verbindung der Einreibungskur der grauen Salbe mit gleichzeitiger Balneotherapie. — Die Karbolsäure hat sich nach vielseitigster Anwendung nur für den äusserlichen Gebrauch bewährt und wird von Sigmund als Reinigungs- und Verband-, seltener als Aetz-Mittel empfohlen. Lösung von Karbol in Wasser, 1:100, wendet er als allgemeinstes Reinigungsmittel für Wunden und Geschwüre sowie für Einspritzungen in die Scheide, in den Mastdarm, in die Mund- und Rachen-, besonders Nasenhöhle (Ozaena) an; als Verbandmittel dienen ihm Lösungen von 1 Karbol auf 20—30 Wasser oder Glyzerin oder Weingeist für viel Eiter absondernde Geschwüre, für diphtherische Auflagerungen, zumal aber für gangränöse Wunden und Geschwüre. Die Wirkung des Mittels bei solchen Formen nähert sich nach ihm dem altbewährten Gemenge von feingepulvertem Gyps mit Buchen-, Steinkohlen- oder Birken-Theer (80—90 Gyps zu 20—30 Theer), welches 3—4 Mal des Tages, hinreichend dick aufgestreut, nachdrücklicher als alle sogenannten antiseptischen Mittel wirkt und keinen der bei einer längeren Anwendung des Karbols besorgten, von Sigmund aber nie beobachteten Nachtheile zur Folge hat. Als Aetzmittel (1—2 Karbol zu 1—3 Glyzerin) behufs Eröffnung von Abszessen u. dgl. vermag es Verfasser der alten Wiener Aetzpaste nicht vorzuziehen, wogegen sich ihm für oberflächliche Aetzungen diphtherischer Wunden und Geschwüre das Karbolöl (1 Karbol, 5—6 Leinöl) und die Karbolpaste (1 Karbol, 4—5 Leinöl, mit Gyps oder Kreide, nach Wunsch mehr oder minder dickflüssig geformt) vortrefflich bewährt hat; bei täglich 3—4 maligem Verbande bilden sich in wenigen Tagen rein eiternde und der Granulation fähige Wunden, welche dann bei einfachem Deckverbande gemeiniglich rasch zur Narbenentwicklung gelangen. Granulation und Narbengewebe selbst wird von den Karbolpräparaten bekanntlich nicht begünstigt. Mit dem Lister'schen Verbandverfahren hat Sigmund bei brandigen Zerstörungen aller Art, bei Operationen, zumal an anämischen Individuen, bei Abtragungen gummös-infiltrirter Gewebe (z. B. mehr als faustgrosse Gummata beider Hoden) die günstigsten Erfolge erzielt. — Die Salicylsäure kam in ihrer Wirkung der Karbolsäure gleich, doch ist ihrer allgemeinen Verwendung der theure Preis hinderlich. — Das Jodoform, innerlich in kleinen Dosen von 0.10—0.15—0.20—0.30 Tagesgabe, in Pillenform Morgens und Abends gereicht, rief bei längerer Fortsetzung Magen- und Darmkatarrhe hervor, wozu noch kam, dass den meisten Kranken der Geruch des Mittels, das Aufstossen desselben und das Abgehen von darnach riechenden Gasen nach oben und unten sehr unangenehm war und ihre Umgebung höchst widerwärtig belästigte, während der durch dasselbe — auch bei äusserlicher Anwendung — erzielte Effekt kein besonderer war. — Das ölsaure — oleïnsaure. — Quecksilberoxyd zu Einreibungen, nach der Analogie des Vorganges mit der grauen Salbe verwendet, wies keinen Vorzug vor der letzteren auf, höchstens den, das niemals Salivationserscheinungen eintraten. Verfasser empfiehlt es für einfachere und leichtere Fälle zur Berücksichtigung, zumal in der Privatpraxis, da die Farbe dieser Salbe minder auffällig ist als jene der grauen. — Die Anwendung von Suppositorien aus Ungueut. Hydrarg. ciner. (4.5 mit 1.5 Butyr. Cacao bereitet) wurde nur von einer sehr geringen Zahl von Kranken vertragen; die Mehrzahl wurde von Tenesmus, Kolik, mehr minder heftigen Mast-

darm- und Darm-Katarrhen geplagt und schon nach wenigen Tagen behielten sie kaum 2, 3 bis 4 Stunden das Mittel bei sich. Einzelne erlitten selbst sehr heftige Schmerzen und anhaltenden Stuhlzwang, so dass kaum ein Fünftheil aller (die Mehrzahl Weiber) eine planmässig für vier bis fünf Wochen berechnete Cur ununterbrochen durchmachte; dabei traten nicht selten Gingivitis und Salivation als Folgeerscheinungen auf, während besonders günstige Einwirkungen auf den Syphilisprozess selbst durch dieselben nicht erzielt wurden. — Ebensowenig wirksam erwies sich der innerliche Gebrauch der Sublimat-Chlornatrium-Verbindung des Quecksilbers (0.10 Sublimat und 2.0 Chlornatrium in 200.0 destillirtem Wasser, wovon die Kranken durchschnittlich 6—8 Gramm Morgens und Abends nahmen). — Die äusserliche Verwendung des Sublimates hat nach Sigmund an der Verbindung mit Collodium eine sehr schätzenswerthe Bereicherung erfahren, die sich an die früher schon gehandhabte Lösung in Alkohol und Aether anschliesst. Während Verfasser die beiden letzteren für Papeln und Erosionen vorzieht, empfiehlt er die Kollodiumlösung (1 Sublimat auf 8—16 Kollodium) für Psoriasis und zwar palmaris und plantaris ganz besonders. Nach einem Seifenbade trägt man auf die erkrankten Hautstellen mit einem Pinsel das Mittel am Morgen auf, wiederholt Abends das Bad, reibt die weisse Präcipitatsalbe (Bichlor. Hydg. 1, Bichlor. Hydg. ammon. 5, Ungt. emoll. oder Axg. porci 30) nachdrücklich ein und lässt über Nacht Handschuhe und Fusssocken anziehen. Bei sehr derben massigen Infiltraten und massiger Schuppenbildung legt man statt der Einreibung graues Pflaster (Empl. Hydg., Empl. Sapon. ana) auf und lässt dasselbe wo möglich Tag und Nacht liegen, unter Wiederholung von Bad und Kollodiumbepinselung. „Verhornte", veraltete und hartnäckige Schuppenflechte wich diesem Verfahren. — Die Verwendung der Alkohol- und Aether-Lösung des Sublimates in verschiedenen Konzentrationen gibt mit gewandter und vorsichtiger Handhabung ein sehr genau und rasch einwirkendes Mittel für Aetzungen von Papeln, Schrunden, Erosionen, zumal der Mund- und Rachen-Schleimhaut, insbesondere der Zunge und der Lippen, bei denen das so gehandhabte Mittel entschieden günstiger einwirkt als das herkömmliche Silbernitrat. — Das Eisenquecksilberoxydul (Rp. Hydrargyri metall. puri, Ferri hydrog. reducti ana 10.0, Extr. gentian. 2.0 Gummi Tragac. q. s. ut f. ter. l. a. usque ad exstinct. met. massa pill. pro form. pill. 40. S. 1—2 Pillen Abend zu nehmen.) fand seine Anwendung unter der Voraussetzung, dass damit anämischen Syphilitischen durch zwei speziell wirksame Mittel eine Blutveränderung zugeführt werden könne, ohne jedoch diese Voraussetzung zu rechtfertigen. — Die Inhalation des Sublimates als Lokalmittel bei Pharynx- und Larynx-Erkrankungen hat ihren schon lange gewürdigten Heilwerth: auf den allgemeinen Syphilisprozess bleibt sie jedoch ohne Wirkung, da ihre längere Anwendung nicht vertragen wird. — Was die Beseitigung der von der ersten Syphiliserscheinung — der „Sklerose", dem „Schanker" — befallenen Hautstelle behufs Vorbeugung der weiteren Entwicklung der Syphilis betrifft, so lehrte die klinische Beobachtung unzweifelhaft, dass mit der Beseitigung des ersten Erkrankungsbodens, mit welchem Mittel immer gehandhabt, die weitere Entwicklung der Syphilis nicht gehemmt wird, wenn diese einmal als solche wirklich konstatirt ist — „bekanntlich eine Unmöglichkeit, mindestens in der ersten Woche ihres Entstehens!" Trotzdem empfiehlt Sigmund die operative Entfernung der syphilitisch indurirten Partie — Vorhaut, kleine Schamlippen u. s. w. — wenn dadurch keine Missgestaltung und raschere Vernarbung bedingt wird, da mit derlei operativen Eingriffen, die bei richtiger Vollziehung ganz unbedenklich sind, den Krankan die Behandlungsdauer abgekürzt und gewiss nicht selten schwereren Zerstörungen vorgebeugt wird. — Die subkutanen Injektionen wurden nur mit Quecksilberpräparaten unternommen und zwar vorwiegend mit Sublimat, Bicyanuret und Kalomel, während die mit Phosphat Lactat und Bijoduret (verbunden mit Jodkali) schon nach wenigen Versuchen als unzweckmässig verlassen wurden. Für die Injektionen mit Sublimat bedient sich Sigmund meist der von Lewin aufgestellten Formel: 4 Gran Sublimat in 1 Unze destillirten Wassers (= 0.3 : 40.0). Mitunter vorgenommene Zusätze von 2—4% Glycerin liess Verfasser bald als belanglos fallen und auch von dem Zusatze von Morph. mur. (0.1 zur gesammten Lösung) sah er in der Regel ab, weil der Schmerz bei und hauptsächlich nach der Einspritzung von überaus wenigen Kranken betont wurde. Der Versuch dagegen, zu obiger Lösung 6 Gramm Natriumchlorid zu-

zusetzen, empfahl sich als sehr beachtenswerth, weil dabei kleinere und weichere Gerinnungs- oder Infiltrations-Herde an den Injektionsstellen zu Stande kamen und die Resorption daselbst viel rascher erfolgte als ohne diesen Zusatz — eine Thatsache, welche sich nach Verfasser aus der leichteren und rascheren Löslichkeit des durch Sublimat gefällten Albumins im Bindegewebe erklären mag. — Das Bicyanuret des Quecksilbers erwies sich in der Lösung 0.3 : 40.0 destillirten Wassers als recht brauchbar; die Reaktion an der Injektionsstelle fällt ungemein milde aus, während auch die Kranken kaum jemals über nachhaltige Schmerzen sich beklagt haben. — Das Kalomel verwendete Verfasser suspendirt in Glyzerin oder Gummischleim, ursprünglich nach der Form seines Empfehlers, Prof. Scarenzio zu Pavia: 0.2 : 1.0 Flüssigkeit. Nach und nach kamen kleinere Gaben zur Anwendung und zwar 0.15—0.1, selbst nur 0.05 Kalomel; während von diesen kleinsten Gaben Abszesse und bedeutende Reaktionen an der Injektionsstelle nicht entstanden, führten höhere und insbesondere solche von 0.2 und 0.15 jederzeit zur Abszessbildung im Zeitraume von 5—8 Tagen nach der Injektion. Die Abszesse barsten mitunter spontan, mitunter wurden sie (gewöhnlich 8—10 Tage nach der Einspritzung) geöffnet, verliefen einfach und hinterliessen niemals beträchtliche, häufig kaum wahrnehmbare Narben. Die Kranken klagten insbesondere bei höheren Gaben der Injektion über nachhaltige Schmerzen; ebenso auch während der Abszessbildung; schwerere Störungen traten indess niemals ein. Der Verlauf der Abszesse erstreckte sich nur auf 2—3 Wochen. Oft soll jedoch eine einzige solche Injektion zur Beseitigung von Syphilisformen genügt haben, häufig eine zweite, innerhalb 8 Tagen wiederholte, und nur selten will Scarewzio zur dritten oder gar einer weiteren haben schreiten müssen. Sigmund's Beobachtungen stimmen hiermit nicht ganz überein und hat Letzterer in manchen Fällen die kleineren (0.1) und kleinsten (0.05) Gaben angewendet und diese lieber in 3—4 Tagespausen wiederholt und damit die geringere Reaktion und Schmerzhaftigkeit, ja oft gänzliche Schmerzlosigkeit sowie die Abszessverhütung erzielt, während die Heilungserfolge der Syphilisformen sich dabei günstiger gestalten als bei den grossen Gaben. Bezüglich der örtlichen Einwirkung der subkutanen Injektionen von Sublimat und Bicyanuret hat sich kein sehr bedeutsamer Unterschied ergeben, allenfalls verdienen die kaum erwähnenswerthe Reaktion und die entschieden raschere Aufsaugung des Bicyanuret hervorgehoben zu werden, die bei dem Gebrauche der Lewin'schen Lösung oft nach mehreren Wochen tastbaren Infiltrationsherde beobachtet man bei dem Bicyanuret höchst selten; auch von der mit Eiweiss versetzten Bamberger'schen Albuminat- und von der vom Verfasser empfohlenen Natriumchlorid-Lösung des Sublimates gilt dieselbe Beobachtung. — Für die Ausführung der subkutanen Injektionen gibt Sigmund u. A. folgende Regeln: 1) Man bediene sich einer guten Glasspritze mit Montirung von Hartkautschuk oder Gold und einer stählernen vergoldeten oder einer Hartgoldkanüle, welche etwa 2 Gramm Flüssigkeit fasst. 2) Zur Einspritzung werden die Flüssigkeiten gewöhnlich jedesmal frisch vorbereitet und keinesfalls länger als ein paar Tage aufbewahrt. Das Gemenge von Kalomel werde stets frisch bereitet. 3) Die Normalmenge für eine jedesmalige Einspritzung betrage zwischen $^1/_2$—1 Gramm Flüssigkeit, nur ausnahmeweise bei Kalomel $1^1/_2$—2 Gramm. Mehr als ein Centigramm soll täglich von Bichloret und Bicyanuret nicht, vom Kalomel wöchentlich 20—15—10 Centigramme verwendet werden; kleinere Gaben Kalomel, 5—6 Centigramm, kann man wöchentlich 1—3 Mal einspritzen. 4) Die Einspritzung nimmt man am zweckmässigsten Vormittags vor und lässt die Kranken unmittelbar darauf mindestens ein paar Stunden ruhig zubringen. 5) Als passendste Hautstellen für die Injektion sind jene zu betrachten, welche der Kranke bei seinen verschiedenen Bewegungen und Berührungen mit anderen Hautstellen am meisten schonen kann. Es wird daher vorerst jene Brust- und Bauch-Seite gewählt, auf welcher der Kranke gar nicht oder doch nur selten zu liegen pflegt; von der Achselhöhle, etwa 2 Centimeter entfernt, bis zur Hüftgegend herab lassen sich in Abständen von 5—7 Centimeter Einspritzungen vornehmen; eine parallele, 2—3 Centimeter entfernte Reihe vor und hinter dieser Linie angelegter Injektionen gibt daher für 15—21 Einstiche hinreichenden Raum. Bedarf man einer grösseren Zahl, so wird noch immer die vordere und hintere Brust- und Rückenpartie zu verwenden sein, wobei nur die Kanten der Schulterblätter und Wirbel zu meiden sind. Verfasser schont grundsätzlich den Arm und die Hüften, die Ober- und Unter-Schenkel, woselbst die Einspritzungen

häufig stärkere, ja oft langwierige entzündliche Reaktion zur Folge haben. 6) Die Einspritzungen von Sublimat und Bicyanuret macht man täglich, jene des Kalomels je nach der Gabe wöchentlich ein Mal (bei 20—15 Centigramm), oder alle 2—3 Tage (bei 10—5 Centigramm). Die Zahl der Einspritzungen richtet sich nach dem Einzelfalle. Die grösste Zahl von Sublimat- und Bicyanuret-Einspritzungen überstieg 28 nicht, jene des Kalomels betrug 4 (bei 20—15 Ctg.) bis 8 (bei 10—5 Ctg.). Unterbrechungen ergaben sich durch zufällige individuelle Gründe; die Menstruation galt nicht als Hinderniss. 7) Für Schmerzen, welche sich sofort nach den Einspritzungen auf länger als eine Viertelstunde einstellten, brachte die Kälte genügende Linderung. Bei sehr heftigen, bei jeder Injektion wiederkehrenden und der Anwendung der Kälte nicht weichenden Schmerzen wurde die Methode aufgegeben — ein überaus seltener und fast nur bei nervös-verstimmten oder böswillig renitenten Kranken vorkommender Fall. 8) Die lokale Behandlung vorhandener Erosionen, diphtherischer, ulceröser und psoriatischer Affektionen wurde gleichzeitig fortgesetzt, ebenso die Darreichung symptomatisch geforderter Mittel und der Gebrauch von einfachen oder Dampf-Bädern. 9) Formen, welche bei 15 Einspritzungen von Sublimat oder Bicyanuret oder 1—2 von Kalomel grösserer und 3—4 kleinerer Gabe keine entschiedene Abnahme zeigen, lassen bei fortgesetzten Injektionen nur sehr langsame oder gar nicht erfolgende Beseitigung erwarten. Weder die Steigerung der Gabe noch die täglich häufiger gemachte Einspritzung beschleunigen einen günstigen Erfolg, wie denn überhaupt die allmälige Einführung kleinster Mengen des Mittels auf den Syphilisprozess günstiger einwirkt als die rasche grösserer. 10) Alle bei Quecksilbergebrauch üblichen Vorsichtsmassregeln, namentlich die gegen Speichelfluss gerichteten, sind auch bei der subkutanen Methode zu beobachten. 11) Beschäftigungen und namentlich Bewegung im Freien sind so oft zu gestatten als es das individuelle Befinden, die Schonung der verwundeten Theile und die Beschaffenheit der Witterung gestatten. 12) Künstliche Steigerungen der Hautausdünstung, sowie Abführ- und urintreibende Mittel sind auszuschliessen, dagegen eine dem Individuum und der Krankheitsform angemessene Hygieine und Diätetik immer im Auge zu halten. 13) Mit Injektionen nicht oder nicht vollständig und bleibend Geheilte kann man ohne Zeitverlust sofort anderen Behandlungsweisen unterziehen, wie sie der Einzelfall eben fordern mag. — Das Auftreten kleiner Mengen von Eiweiss im Urine, meistens nur Spuren, kommt nach Sigmund bei dem innerlichen Gebrauche der Quecksilberpräparate überhaupt nicht selten vor, ebenso auch bei der subkutanen Behandlung damit; bedeutende und längere Zeit anhaltende Absonderungen eines solchen Urines sind indessen nicht häufig. Bei allen zur subkutanen Injektion verwendeten Quecksilbermitteln werden die Speicheldrüsen zu mehr minder gesteigerter Absonderung angeregt; dieselbe ist aber bei den Meisten nur eine sehr mässige. Bei Vielen tritt indessen die bekannte Einwirkung auf das Zahnfleisch zu Tage, aber nur selten und nur nach zahlreichen Einspritzungen stellt sich eine bedeutende Gingivitis ein. Die Anwendung des Kalomels macht hiervon jedoch eine Ausnahme; die meisten der damit Behandelten boten rasch, manche schon am vierten Tage, die Erscheinungen der Gingivitis und Salivation dar. — Auf den Syphilisprozess selbst üben nach Sigmund die Injektionen mit Sublimat in allen drei Varianten und mit Bicyanuret einen ziemlich gleichen günstigen Einfluss. Neuen Phasen der Syphilisentwicklung wird jedoch auch mit dieser Behandlungsweise nicht vorgebeugt; gruppirte, papulöse, pustulöse und psoriatische Formen, Diphtheritis der Tonsillen, Papeln und Erosionen der Mundschleimhaut, Uebergänge zu gummösen Erkrankungen verschiedenen Sitzes sowie die übrigen konsekutiven Folgeleiden der Syphilis treten — sowie nach jeder anderen Behandlung — auch nach der Sublimat- u. s. w. Anwendung auf. Die wenigen Versuche mit der subkutanen Methode bei schwereren Syphilisformen, diphtheritischen, phagedänischen und gangränösen Sklerosen, gleich erodirten und exulcerirten Papeln, gummösen Prozessen, visceraler Syphilis überhaupt und syphilitischer Kachexie haben dem Verfasser so geringe Erfolge geboten, dass er dieselben nicht mehr wiederholen möchte. Gar keinen Einfluss übten die einfachen Injektionen (ohne Morphium) auf die vielgestaltigen Varianten syphilitischer Schmerzen und auf die bei Syphilis in den verschiedenen Stadien vorkommende periodische Schlaflosigkeit, auf welche beide Leiden bekanntlich der innere Gebrauch des Quecksilbers, der Jodpräparate und ganz besonders der Einreibungen oft auffallend lindernd oder tilgend wirkt. Nach seinen Erfahrungen zieht

Verfasser sonach den Kreis der Anzeigen für die subkutane Behandlung ziemlich enge und empfiehlt sie nur für die leichteren und einfacheren Formen der zweiten Periode des Syphilisprozesses, welcher neben der initialen Sklerose und der Papel durch die makulöse, papulöse, kleinpustuläre und psoriatische Form jüngeren Ursprunges und allenfalls auch durch Anginen charakterisirt ist. Als einen Vorzug der Methode bezeichnet er ihre Anwendbarkeit während der gewöhnlichen Beschäftigungen und der gewohnten Lebensweise der Kranken, doch soll man dieselbe nur dann zugeben, wenn die Kranken dabei von keinen hygienisch und diätetisch schädlichen Einflüssen getroffen werden und ganz besonders die örtliche Pflege lokaler Erkrankungen zweckmässig vornehmen können. Selbstverständlich müssen auch die von den Injektionen betroffenen Körpertheile von jedem Insulte verschont bleiben. — „Vergleicht man", schliesst Verfasser, „die mit den besprochenen Methoden erzielten Erfolge unter einander, so wird man unter allen die älteren, früher üblichen als diejenigen bezeichnen, mit welchen bei den verschiedensten Formen der Syphilis günstige Ergebnisse am häufigsten gewonnen werden; man wird daher dieselben vorziehen, so oft ihre Anwendung eben gestattet ist. Wenn dieses der Fall nicht wäre, wird der Zustand der Verdauungs- und Athmungsorgane den Ausschlag geben für die Wahl der inneren oder der subkutanen Anwendung des Quecksilbers, welche letztere immerhin bei schwereren, hartnäckigen und langwierigen Formen geringere Zuverlässigkeit bietet, während mit dem inneren Gebrauche des Sublimates und selbst des Protojodurets für solche Fälle noch immer günstigere Erfolge als mit den Einspritzungen zu hoffen sind". — — Die Verbindung der Sypilisbehandlung mit der Balneotherapie — sogenannter Kaltwasserkur und Mineralbädern — begünstigt nach Verf. die Heilung, insoferne durch Regelung und Steigerung des Stoffumsatzes die Ernährung nicht beeinträchtigt, vielmehr gefördert wird. Insbesondere trifft dies da zu, wo Komplikationen der Syphilis mit anderen konstitutionellen Erkrankungen bestehen und durch die Beseitigung dieser jene, gewissermassen isolirt, leichter bekämpft wird. Angezeigt ist daher jene Verbindung im zweiten und dritten Stadium der Syphilisentwicklung, u. z. ganz besonders bei sehr jungen und sehr alten, schwächlichen, zartgebauten, anämischen, zum Theile hereditär schon herabgekommenen Individuen; bei Kombination des Leidens mit Skrophulose und Tuberkulose, mit Rheumatismus und Gicht, mit Malariasiechthum und Skorbut, nach Missbrauch von Quecksilber- und Jod-Präparaten, endlich bei ungünstigen Wohnungs- und Lebens-Verhältnissen (auch Jahreszeit und Klima gehören hierher) in der Heimath. Nach diesen Gesichtspunkten muss sich auch die Wahl des Kurortes richten. Bei Marasmus nach Syphilis, zumal bei älteren Leuten, sieht man von den indifferenten Thermen und den alpinen Stationen, auch von Seebädern (hier wohl hauptsächlich der Atmosphäre wegen) günstige Erfolge. Unter allen Behandlungsweisen der Syphilis hat die Einreibungskur für solche Verbindungen die günstigsten Ergebnisse geliefert. Nachdem die der Balneotherapie angehörigen Prozeduren beendigt sind, soll der Kurgast 1—2 Stunden ausruhen und darauf die Einreibungen vollziehen lassen; die Zeit dafür soll immer auf den Vormittag fallen und denselben eine von Fall zu Fall bemessene Ruhepause folgen. Die Bewegung im Freien betrachtet v. Sigmund sammt der Hautpflege überhaupt als die wichtigsten günstigen Faktoren in den Kurorten. Für die Trinkkuren, für methodische Anwendung von Milch und Molke wie Diät u. s. w. ergeben sich die Indikationen nach Berücksichtigung der Individualität. Schliesslich ist noch anzuführen, dass die Kaltwasser-Kuren die Abhärtung von Kranken fördern, welche ein sehr empfindliches Hautorgan, namentlich aber die Anlage zu Rachen- und Mandel-Schleimhautkatarrhen besitzen — Zustände so häufig bei Syphilitischen, insbesondere den an das Stubenleben und künstlich gesteigerte Transpiration gewohnten Rekonvalescenten. Viele der unter dem Sammelnamen „Skrophulose" nach den jod- und bromhaltigen Soolen gewiesene jüngere Kranke, insbesondere Kinder, gehören nach Verfasser in die Kategorie von ihren Erzeugern angeerbter Syphilis, welche gerade mit den gummösen Erkrankungen sowie den Korneal- und Konjunktivalleiden nach seinen Erfahrungen oft viel später auftritt als man gemeinhin annahm. Solche Kranke werden durch die Quecksilberkur allein oder durch deren Verbindung mit Jodmitteln von langwierigen, hartnäckigen und oft sehr entstellenden Formen geheilt, während die meisten anämischen und herabgekommenen Kranken augenfällig sich erholen.

(Schluss folgt.)

Polaillon wandte das Chloralhydrat bei 32 Geburten in Form von Klystiren an und zwar 2.0—3.0 auf 60.0 Wasser oder Milch; die Quantität des auf diese Weise angewendeten Chloralhydrats betrug durchschnittlich 4.0—5.0. Es wurde immer gut vertragen; bei einigen Frauen wurden die Wehen ganz ersichtlich weniger schmerzhaft, ohne dabei an Häufigkeit und Stärke zu verlieren; andere Male jedoch hörten mit den Schmerzen auch die Kontraktionen der Gebärmutter auf, so dass die Geburt auf dem Punkte, den sie schon erreicht hatte, plötzlich stehen blieb. Die Zahl der Frauen, bei welchen der Geburtsverlauf verlangsamt oder ganz zum Stillestehen gebracht wird, ist nach Verfassers Beobachtungen grösser, als die derjenigen, bei denen die Geburt unter Nachlass der Schmerzen ihren ungestörten Fortgang nimmt. Hieraus ergibt sich, dass man das Chloralhydrat nur zur Mässigung exzessiver Muskelthätigkeit des Uterus, zur Milderung sehr schmerzhafter Wehen, aber nicht bei normal verlaufenden Geburten gebrauchen soll. (L'Union, 1876, Nr. 45.) —

Die Thatsache, dass die Plummer'schen Pillen, welche 1 Theil Schwefel auf 5 Theile Kalomel enthalten, sehr selten Salivation verursachen, brachte Dr. Jakes Styrap auf die Idee, Schwefel gegen Speichelfluss zu verordnen, und zwar zeigte ihm die Erfahrung, dass es nothwendig ist, häufig kleine Dosen zu geben, besonders aber die Dosen noch zu verringern, sowie dünne Stuhlentleerungen auftreten; höchstens sind zwei Stühle per Tag zulässig. Die antidotische Wirkung leitet sich durch Abgang sehr übel riechender Gase aus dem After ein. Schon nach 36 Stunden vermindert sich der Speichelfluss und die Empfindlichkeit der Mundgebilde sehr bedeutend. — Verfassers Formel lautet: R. Sulfur. praecipit. 2.5—5.0; Kali chloric. 2.5—4.0; Liqu. Morphiae 3.5—5.5; (Ph. Brit.) Mixt. Amygd. 240.0. M.D.S.: Schüttelmixtur. 3—4stdl. 1 Esslöffel voll zu nehmen. (Brit. med. Journ., 1876, Nr. 831.)

Im Archiv f. Gynäkologie, Bd. VII, 1876, berichtet Dr. Fränkel zu Breslau über eine neue Behandlungsmethode spastischer Uterusstrikturen in der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode. Bei diesen so unangenehmen Zufällen nützen selbst Opium und Morphium nicht immer. Das Opium wirkt oft erst nach einer bis zwei Stunden, das Morphium, selbst subkutan angewendet, zuweilen erst nach einer halben Stunde. Ja sogar die tiefe Chloroformnarkose kann nicht immer die Hindernisse beseitigen und eine Relaxation der Muskeln herbeiführen. So blieb denn bisher nichts Anderes übrig, als die enge Stelle allmählig mit der Hand zu dilatiren — ein Vorgehen, welches für den späteren Wochenbettverlauf keineswegs gleichgiltig ist. Fränkel suchte daher eine therapeutische Kombination zu finden, die bei möglichster Erschlaffung des Uterus die Gefahr einer Nachblutung ausschloss und ohne Schaden für Mutter und Frucht präzis und rasch wirkte. Subkutane Injektionen von Morphium (0.015—0.30 Grm.) beheben wohl die Kontraktionen der Gebärmutter, während das Chloroform die Aktion der Bauchpresse aufhebt; aber bei dieser kombinirten Methode kann leicht Asphyxie eintreten. Verf. richtete nun sein Augenmerk auf die Belladonna-Präparate, da es bekannt ist, dass schon sehr geringe Atropinmengen die Erregbarkeit glatter Muskelfasern herabsetzen oder vollständig aufheben. In der That fand er die Kombination von Morphium und Atropin rasch und kräftig wirkend. Wenige (3—5) Minuten nach der Injektion liess er nur einige Züge Chloroform inhaliren und war erstaunt, wie leicht die Narkose eintrat, wie selten sich dabei Erbrechen oder Würgen einstellte. Asphyktische Erscheinungen traten nie auf. Die Menge des zu injizirenden Atropins darf beim Menschen 0.01 Grm. nicht übersteigen. —

Der Besitzer einer Bleiweissfabrik, Faure, hatte nach einer langdauernden Bleierkrankung mit unvollständiger Genesung an sich selbst ausgezeichnete Erfolge durch kleine Gaben von Jodkali (0.03 Grm.) beobachtet und seitdem trotz seiner ungemeinen Empfindlichkeit gegen die Bleidämpfe damit wiederholte Anfälle glücklich bekämpft. Er glaubt, dass sich die Arbeiter durch täglichen Gebrauch von 0.05—0.1 Grm. Jodeisen oder Jodkali bei Auftreten von Erscheinungen vor den Folgen schützen können, ohne ihre Arbeit unterbrechen zu müssen. (Gaz. hebd., 1876, Nr. 46.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 4. *Erlangen*, am 27. Januar 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 3 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Modifikationen des Kohlensäureaustausches nach Morphium, Chinin, Alkohol und Digitalis. Wirkungen des Pilocarpin. Zur Syphilisbehandlung (Schluss). Die Thorakokentese bei serösen und eiterigen Ergüssen. Der Harn im Verlaufe des normalen Wochenbettes. Komplikationen von Aortenbogenaneurysmen mit Lungentuberkulose. Ueber Knochenerkrankungen bei Syphilis. Resultate aus Untersuchungen über Salicylsäure und salicylsaures Natron. Heisses Wasser als Blutstillungsmittel bei Metrorrhagieen.

Während nach bekannten Untersuchungen H. v. Boeck's der früher statuirte Einfluss von Arzneimitteln auf den stofflichen Umtausch der Gebilde in verlangsamendem oder beschleunigendem Sinne denselben gar nicht oder nur in sehr untergeordnetem Maasse zugesprochen werden kann, sind bezüglich der Kohlensäureausscheidung Faktoren, wie Muskelbewegung und Ruhe, Schlaf und Wachen, bekannt, welche unabhängig vom Ernährungszustande und der Zufuhr auf die Grösse derselben modifizirend einwirken. Von vorneherein ist es wahrscheinlich, dass eine Anzahl von Arzneimitteln auf die Grösse der Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe in der Weise einen Einfluss ausübt, dass entweder bei gleichbleibender Zufuhr direkt auf das Zerlegungsvermögen der zelligen Gebilde oder sekundär, nachdem zuerst bestimmte nervöse Centralorgane affizirt wurden, in Folge veränderter Athmung, Cirkulation oder Muskelbewegung, auf die Grösse der Kohlensäureausscheidung verändernd gewirkt wird. Letztere Wirkung aber kann wieder eine zweifache sein. Nur kurze Zeit kann durch ausgibigere oder weniger ausgibige Ventilation die schon in den Säften vorhandene Kohlensäure besser abgegeben oder aufgespeichert werden; später handelt es sich stets um eine Aenderung in der Produktion nicht durch direkten Einfluss des Sauerstoffes, sondern infolge der Muskelbewegung oder rascherer Zufuhr des Materiales zu den Zellen, wodurch sekundär Sauerstoff in Beschlag nehmende Zersetzungsprodukte resultiren können, oder endlich um Spaltung der in den Körper eingeführten Substanzen selbst unter Bildung von Kohlensäure innerhalb des Körpers, in welchem Falle jedoch, um eine sichtbare Wirkung zu entfalten, grössere Mengen erforderlich sind. — Die DD. H. v. Boeck und J. Bauer zu München untersuchten im Zustande gleicher Ernährungsverhältnisse an normalen Thieren die Modifikationen des Kohlensäureaustausches nach Einverleibung von Morphium, Chinin, Alkohol und Digitalis. Bezüglich der zahlreichen Versuchsprotokolle und Tabellen mit Hilfe des kleinen Voit'schen Respirationsapparates muss auf das Original verwiesen werden. Die Resultate lassen sich in Folgendem zusammenfassen: 1) Morphium äussert auf Katzen und Hunde bezüglich der Wasser- und Kohlensäure-Ausscheidung diametral entgegengesetzte Wirkungen. Bei der Katze erfolgte nach Einführung von 0.05 Morphium nur eine bedeutende Steigerung der genannten gasförmigen Ausscheidungen bei einer verhältnissmässig geringen der Sauerstoffaufnahme, so dass von dem verbrauchten Sauerstoffe ein höherer Prozentsatz als Kohlensäure wieder erschien als an Normaltagen. Beim Hunde dagegen hatte die Einverleibung des Morphium eine beträchtliche Verminderung der Wasser- und Kohlensäure-Ausgabe und eine verhältnissmässig kleine Abnahme der Sauerstoffaufnahme zur Folge, so dass während der Morphiumnarkose ebenfalls ein grösserer Antheil

Sauerstoff als Kohlensäure abgegeben wurde wie in der Norm. Ursache dieser Verschiedenheiten im Verhalten beider Thierarten ist der alsbaldige Ausbruch der heftigsten tonischen und klonischen Krämpfe bei der Katze, verbunden mit Zunahme der Athemfrequenz und Pupillenerweiterung, während der Hund alsbald einer tiefen, mit Muskelerschlaffung und Herabsetzung der Athemfunktion verbundenen Narkose anheimfiel, so dass bei der Katze das Excitations-, beim Hunde dagegen das Depressions-Stadium in besonders prägnanter Weise hervortrat. Morphium beeinflusst sonach den Gasaustausch nur indirekt, indem es im ersten Stadium seiner Wirkung denselben durch Hervorrufung stärkerer Muskelbewegungen erhöht, im zweiten aber, in welchem betreffs der Muskelthätigkeit die entgegengesetzten Verhältnisse obwalten, herabsetzt. Neben diesen Veränderungen der Muskelleistung spielt beim Zustandekommen der geschilderten Erscheinungen sehr wahrscheinlich auch die durch Morphium erzeugte Herabsetzung der Erregbarkeit des Athemcentrums eine Rolle. — 2) Sehr ähnlich war das Verhalten des Gasaustausches, wenn Chinin in der Gabe von 0.3 subkutan beigebracht wurde. Bei kleineren Gaben war bei einer Katze die Kohlensäureabgabe und Sauerstoffaufnahme vermindert, bei grossen dagegen vermehrt. Bei zwei Hunden, von welchen der eine am Versuchstage 24 Stunden gehungert hatte, trat nach Chinineinspritzung in den Magen eine Zunahme der Kohlensäureausscheidung (von 37.0 bis zu 72.0 im Mittel) ein. Ein täglich gleichmässig ernährter zweiter Hund zeigte ein analoges Verhalten, welches im Auftreten von Muskelkrämpfen und Frequenterwerden der Respiration nach der Chininbeibringung seinen Grund hatte. Chinin vermindert sonach, in kleineren Dosen beigebracht, durch seine Einwirkung auf die Zellen und den hiervon abhängigen verminderten Verbrauch eiweissartigen Materiales Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe, vermehrt dagegen letztere nach Beibringung grosser Gaben durch Hervorrufung heftiger, durch Einwirkung des in die Blutbahn übergegangenen Chinins auf motorische Centren bedingter Krämpfe, welche einen stärkeren Verbrauch stickstofffreier Substanzen nach sich ziehen. Beim Menschen, bei welchem Chinin auch in grossen Gaben keine Krämpfe zur Folge hat, bewirkt der Chiningebrauch wohl stets Verminderung des Stoffumsatzes. — 3) Alkohol bedingt, in kleiner Gabe eingeführt, Verminderung der Kohlensäureabgabe. Letztere dürfte mit Verminderung der Zersetzung des Nährmateriales zufolge einer Aenderung der Zellenthätigkeit oder Abnahme der Leistung des Herzens und der Respirationsorgane zusammenhängen. Einführung grosser Dosen zieht dagegen Vermehrung der Wasser- und Kohlensäure-Abgabe desswegen nach sich, weil die vermehrte Muskelthätigkeit und Unruhe der Thiere zu Mehrverbrauch stickstoffhaltiger Substanzen führen muss und ausserdem wohl auch die Produkte der Verbrennung des Alkohols mit in Anschlag zu bringen sind. — 4) Digitalis erhöht in kleinen, die Herzthätigkeit und den Blutdruck steigernden, auch das Athemcentrum reizenden Dosen Wasser- und Kohlensäure-Abgabe und Sauerstoff-Aufnahme, vermindert sie dagegen in dem paralytischen, mit Drucksenkung, Pulsretardation und Herabsetzung der Erregbarkeit des Athemcentrums Hand in Hand gehenden letzten Stadium der Digitalisvergiftung. (Schmidt's Jahrb. der gesammten Medizin, 1876, Nr. 11.) —

Im Oktober 1876 erschien im „Centralblatte f. d. mediz. Wissenschaften" (Nr. 43) eine Mittheilung vom Geh. Rath A. Weber zu Darmstadt, in welcher dieser behauptet, dass das von Merk aus dem Jaborandi dargestellte Alkaloid, das Pilocarpium muriaticum oder Pilocarpin, die gleiche Wirkung wie Jaborandi in vollem Maasse hervorbringe, die unangenehmen Nebenwirkungen dagegen, welche die Erfolge des Jaborandi trüben, bei Anwendung des Alkaloides nicht hervortreten. Das neue Mittel besteht in durchsichtigen weissen Krystallen und ist leicht und klar löslich in gleichen Theilen Wasser. Irgend eine charakteristische Reaktion ist bisher für dasselbe nicht aufgestellt worden; es theilt die Eigenschaften der übrigen Alkaloide. Weber wendete es in zweiprozentiger salzsaurer Lösung zu subkutanen Injektionen an; 1.0 dieser Lösung soll nach ihm äquivalent sein einem Aufgusse von 5.0 Folia Jaborandi. — In der medizinischen Abtheilung des Kölner Bürgerspitales wurde nun auf Veranlassung des Oberarztes Dr. Riegel vom Assistenzarzte dieser Abtheilung, Dr. E. Bardenhewer, eine Reihe von Versuchen mit dem Pilocarpium muriaticum angestellt, deren wesentliches Resultat die Bestätigung der von A. Weber gemachten Angaben ist. Aus zwölf an zehn verschiedenen Personen

angestellten Versuchen ergab sich, dass das genannte Alkaloid ein vortreffliches Diaphoreticum und ein starkes Sialagogum ist. Noch schneller wie nach der Einnahme eines Jaborandi-Aufgusses, d. h. drei Minuten nach der Einspritzung der Pilocarpin-Lösung, tritt eine Vermehrung der Speichelsekretion ein. Dieselbe steigert sich allmählig, erreicht in ungefähr 20 Minuten ihr Höhestadium und verharrt auf demselben beiläufig eine Stunde, um dann langsam wieder abzufallen; noch nach fünf Stunden ist jene Vermehrung in geringem Grade vorhanden. Bei verschiedenen Personen ist die Wirkung verschieden stark. In einem Falle war dieselbe so überaus heftig, dass 100 Minuten nach der Injektion 50 Cc. Speichel gesammelt worden waren, dessen spezifisches Gewicht 1005 betrug. Therapeutisch viel wichtiger als die Vermehrung der Speichel- ist die der Schweisssekretion. Auch sie tritt in derselben Stärke auf wie nach Jaborandi; aus den Bestimmungen des Gewichtsverlustes ergibt sich für die Menge des Schweisses 500—700 Cc. Minder stark, aber fast immer, ist die Thränenabsonderung vermehrt. Durch den Abfluss der Thränen in die Nase scheint dann auch die Absonderung der Nasenschleimhaut gesteigert zu sein. — Der Einfluss des Pilocarpin auf den Harnapparat ist eben so unbestimmt wie jener des Jaborandi. Jedenfalls ist derselbe aber von untergeordneter Bedeutung. Nach vielen genauen Messungen bleibt es wieder dahingestellt, ob die 24stündigen Mengen, und ebenso, ob die in den ersten Stunden nach der Einspritzung gelassenen Harnmengen vermehrt oder vermindert sind. Auch das spezifische Gewicht ist nicht wesentlich verändert. Die Behauptung, dass das Jaborandi bei Morbus Brightii eine Vermehrung der Albuminurie bewirke, vermag Verf. für Jaborandi ebensowenig wie für Pilocarpium zu bestätigen. Ein Fall von akutem Morbus Brightii ist unter der Behandlung mit Jaborandi und Pilocarpium einer schnellen Heilung zugeführt worden; der Harn vermehrte sich, das Eiweiss nahm ab. Die nach Jaborandi auftretende Dysurie hat Bardenhewer auch einmal nach Pilocarpium mit heftigem, doch schnell vorübergehendem Schmerze in der Glans penis gesehen. Es ist möglich, dass es sich hier um die Ausscheidung irgend eines Stoffes durch die Nieren handelt, welcher die Blase reizt und zur Kontraktion anregt. — Das Verhalten der Temperatur ist nach Injektion von Pilocarpium dasselbe wie nach Einnahme eines Jaborandi-Aufgusses. Die von Robin behauptete primäre Steigerung existirt nicht. Eine Reihe von Messungen der After-Temperatur ergibt dies sicher. Auf der Höhe der Schweisssekretion ist die Temperatur um 0.5—0.6 Grad gesunken; mit der Abnahme des Schweisses steigt sie allmählig wieder zu ihrer früheren Höhe. Dass dieser konstante Effekt zeitlich und in seiner Stärke zusammenfällt mit der Veränderung der Schweisssekretion, weist nach Bardenhewer darauf hin, dass beide in ursächlichem Zusammenhange stehen und zwar so, dass durch die Verdunstung des massenhaften Schweisses das Sinken der Temperatur bedingt wird. Die Pulsfrequenz ist, wie nach Jaborandi, im Beginne der Wirkung gesteigert. Sphygmographische Untersuchungen von Riegel ergaben, wie früher für Jaborandi, so jetzt auch für das Pilocarpin ein bedeutendes Sinken der Arterienspannung schon wenige Minuten nach der Einspritzung und schon vor Beginn der Schweisssekretion — eine Thatsache, die zur Erklärung der Wirkung beider Mittel von grosser Wichtigkeit ist. — Hiernach kommen die therapeutischen Wirkungen des Jaborandi auch dessen Alkaloide, dem Pilocarpin, zu. Ausserdem sind dieselben aber reiner und in ihrem Werthe nicht herabgesetzt durch unangenehme Nebenwirkungen. — Unter den zehn Patienten, welche mit Pilocarpium muriaticum behandelt wurden, befanden sich drei, welche früher Jaborandi genommen hatten. Alle bekamen nach Jaborandi mehr minder heftiges, zum Theil wiederholtes Erbrechen, nach Pilocarpium indess nicht. Nur vereinzeltes Aufstossen ist in drei Versuchsprotokollen notirt. Der Appetit, welcher nach dem Einnehmen eines Jaborandi-Aufgusses wenigstens einen Tag lang gestört blieb, war nach Einspritzung von Pilocarpin so wenig alterirt, dass die betreffenden Patienten während der Wirkung desselben zur gewohnten Stunde ihre Mahlzeit einzunehmen wünschten; Uebelkeit war nicht vorhanden, ebensowenig Singultus. Erscheinungen von Seiten der Nervencentralorgane, wie sie nach Jaborandi fast regelmässig sich ergeben, Eingenommensein des Kopfes, Abgeschlagenheit, Schläfrigkeit, die mitunter noch am folgenden Tage sich bemerklich machen, hat Verf. nach Pilocarpium nie gesehen. Die Patienten befanden sich vollständig wohl. Wegen dieses Mangels der Nebenwirkungen wurde bei den späteren Versuchen statt 1.0 der Merk'schen Lösung 1.5

injizirt. Die Wirkung war stärker, blieb aber ungetrübt. — Wie A. Weber angibt, ist der Preis des Pilocarpium nicht höher wie der des Jaborandi; 1 Cc. der zweiprozentigen Lösung kostet etwa 50 Pfennige. — Schliesslich erwähnt Verf. eines Umstandes, der bei weiteren Versuchen mit Pilocarpium zur Vorsicht zu mahnen geeignet ist. Nachdem das zuerst von Merk bezogene Präparat verbraucht war, erhielt Riegel in der zweiten Sendung ein Präparat, welches von dem zuerst erhaltenen schon makroskopisch durch eine röthliche Färbung sich unterschied. Bei zwei damit angestellten Versuchen trat bald nach der Injektion zugleich mit den übrigen Wirkungen Nausea ein, bald nachher Dyspnoe, Herzklopfen und schliesslich heftiges Erbrechen. Verf. glaubt nun nicht, dass diese Erscheinungen in der Individualität der Versuchspersonen ihre Erklärung finden, sondern er ist vielmehr der Ansicht, dass es sich hier wahrscheinlich um eine Verunreinigung des Präparates handelte. (Berliner klin. Wochenschrift, 1877, Nr. 1.)

Ueber neuere Behandlungsweisen der Syphilis. Von Prof. v. Sigmund zu Wien (Schluss des in Nr. 3 S. 23 abgebrochenen Aufsatzes). — Als Zeitpunkt für den Beginn einer allgemeinen Behandlung der Syphilis gilt nach den sorgfältigen klinischen Wahrnehmungen v. Sigmund's erst jene des Auftretens mehrfacher Erkrankungen entfernt von der Aufnahmestelle der Syphilis: Papeln in der Umgebung des Ansteckungsortes auf der äusseren Haut und auf den Mandeln neben den allgemeinen Drüsenanschwellungen, welche Erscheinungen niemals vor der sechsten bis achten Woche, von dem Ansteckungstage an gerechnet, auftreten. — Für die erfolgreiche Behandlung der Syphilis an Schwangeren mit Merkurialpräparaten und vorzüglich mit der Einreibungskur hat sich die Zahl der Thatsachen fort und fort gemehrt. Diese Behandlung ruft nach Verfasser den Abortus und Partus praematurus ganz entschieden nicht hervor, die Schwangeren gedeihen dabei auffallend und, wenn schon bei dem Auftreten der Papeln mit der Behandlung begonnen wird, tragen die Mütter ihre Kinder zur Reife aus; diese zeigen dann sehr oft die Erscheinungen der Syphilis nicht und bleiben am Leben. Sind solche Kinder bisweilen auch schlecht genährt, so erholen sie sich bei guter Diät zusehends und zu solcher kann die Milch der wohlgenährtrn Mutter eben am besten dienen. Behandlungen, welche von dem fünften Monate der Schwangerschaft an begonnen und von Fall zu Fall lange genug durchgeführt werden, gewähren diese Erfolge, während die nach dem 6. oder 7. Monate begonnenen darauf schon weniger sicher hoffen lassen. Aber selbst in den letzten Monaten bei Schwangeren mit sehr ausgedehnten papulösen Syphiliden unternommene Einreibungskuren thaten dem Leben des Fötus keinen Eintrag; viele Schwangere erreichten vielmehr das normale Ende und die bei einer zumal örtlich sehr sorgfältig geführten Behandlung zur Entbindung gelangten Schwangeren erlitten nicht jene schweren Verletzungen an dem Gebärmuttermunde und an den äusseren Genitalien (Einrisse, Quetschungen), welche so oft bei Syphilitischen vorkommen, und der Verlauf des Wochenbettes gestaltete sich zugleich geradeso wie bei Nichtsyphilitischen. — Die syphilitischen Kinder sind vor Allem in möglichst günstige hygienische und diätetische Verhältnisse zu versetzen, denn von diesen ist das Meiste für ihre Rettung zu erwarten; daneben sind Jodeisenpräparate (Syrupus ferri jodati und Ferrum jodatum saccharatum), ferner Sublimatwaschungen von Nutzen. Bemerkenswerth ist das Ergebniss der chemischen Untersuchung jener Milch, welche bei den die graue Salbe methodisch einreibenden Frauen entnommen wurde; sie enthielt Quecksilber und zwar selbst 14 Tage nach Beendigung der Kur noch. Inwieferne aber eine solche Milch als Heilmittel für den Säugling zu verwenden wäre, bleibt späteren Versuchen überlassen. — Die Versuche, Thieren (Kühen, Schafen, Ziegen und Eselinnen) Quecksilber- und Jod-Präparate beizubringen, um deren Milch sodann gegen Syphilis, namentlich bei Kindern, zu verwenden, haben noch zu keinem praktisch zuverlässigen Resultate geführt. Die wenigen von v. Sigmund unternommenen Versuche, namentlich mit Jodpräparaten, gewährten nicht jene Erfolge, welche man an der skandinavischen Seeküste bei der Fütterung der Schafe mit jod- und brom-haltigen Seepflanzen und in Salzbrunn mit der Darreichung der jod- und brom-haltigen Soole an Kühen erzielt zu haben berichtet. — Die gummösen Formen der Syphilis — die tertiären — finden am Sublimat, ganz besonders aber an den Einreibungen mit grauer Salbe ein nachhaltigeres Heilmittel

als an den Jodpräparaten, deren Einwirkung allerdings eine häufig überaus rasche, aber weniger nachhaltige ist. Namentlich sind es Nekrosen der Mund-, Nasen- und Rachen-Partie, ferner Knochengummata sowie die serpiginösen Hautgeschwüre überhaupt, bei denen diese Erfahrung gemacht wird, und die sich gerade bei sehr herabgekommenen, hochgradig anämischen, darunter auch tuberkulösen Individuen wiederholt bestätigt. Hat bereits ein Quecksilbergebrauch, vielleicht mit Salivationserscheinungen und Störung der Verdauung, stattgefunden, so eignet sich die Verbindung von Einreibungen mit Jodpräparaten (Kali, Natrum, Eisen) unter gleichzeitiger Anwendung topischer Mittel. Bei ausgedehnter Eiterung an den gummös erweichten Theilen sowie bei diphtherischen Auflagerungen auf der äusseren Haut wird die konzentrirte Lösung von Kupfersulfat (1:3 Wasser), das Karbolöl (1:6 Leinöl) oder die Paste (1:5 Leinöl mit Gyps oder Kreide 9.3) aufgetragen, die Stellen werden sehr sorgsam gereinigt und 2—3 Male täglich mit dem grauen Pflaster (Empl. sapon. — Empl. Hydrarg. ana) so belegt, dass dieses auf allen verletzten Stellen sich ganz genau anschmiegt. In die Mund-, Nasen- und Rachen-Höhle müssen sorgfältige Ausspülungen (mit Karbol-, Salicyl-, hypermangansauren Kali- u. dgl. Lösungen, sowie Bepinselungen mit Glyzerolen dieser Stoffe) häufig genug vorgenommen werden. Mit so präcis kombinirten Leistungen lassen sich nach v. Sigmund Erfolge erzielen, welche die früher erreichten weit übertreffen. — Die Behandlung der visceralen und der Nerven-Syphilis hat nach ihm durch die Verbindung der Hydrotherapie und der Mineralwasserkur mit Quecksilber- und Jod-Präparaten offenbar gewonnen, zumal sie Hand in Hand geht mit der genauer präzisirten Diagnostik jener Leiden. Die Therapie steht indessen hier erst vor Anfängen. Thatsache ist, dass bei visceralen Syphilisformen die Beseitigung der gleichzeitigen nichtsyphilitischen Erkrankungen die Heilung der Syphilis vereinfacht. Mineralwasserkuren, z. B. bei Leberaffektion (Karlsbad u. A. m.), sind erfahrungsgemäss schon gerechtfertigt. Die Nervenaffektionen bieten hinsichtlich ihrer Komplikationen häufig weniger Klarheit und desshalb sind die Indikationen sowie die Erfolge der oben berührten Verbindung in der Behandlung oft minder scharf nachzuweisen. — Wie in früheren, so hat sich auch in den letzten Jahren die beobachtend zuwartende Therapie für das erste Stadium der Syphilis als zweckmässig bewährt und hat v. Sigmund einen sehr beträchtlichen Theil von Kranken, aus früheren Jahrgängen ihm bekannt, bei diesem Verfahren mit der rein örtlichen Behandlung der Erstlingserscheinungen allein als dauernd genesen wieder gesehen — spontane oder Naturheilung. Dieser Vorgang scheint bei Weibern häufiger als bei Männern stattzufinden. Ferner hat sich bei dem Quecksilbergebrauche die Darreichung kleiner Gaben in längeren Zwischenpausen nützlicher gezeigt als die Eingriffe mit grösseren stürmisch angewendeten Dosen. Für die Behandlung des zweiten Stadiums der Syphilis bilden Quecksilberpräparate das zuverlässigste Heilmittel. Dass im dritten Stadium bei den verschiedenen Sitzen und Formen des Leidens das Quecksilber noch sehr oft das Hauptmittel, Jod-, Brom- und andere Präparate nur in Verbindung damit oder erst später Erfolg gewähren, ist bereits erwähnt. In diesem Stadium der Syphilis gelangen eben mehrfache Anzeigen zur Erwägung, da in der Regel Komplikationen derselben mit anderen Leiden den Uebergang in dasselbe veranlassen. Bei der genaueren Untersuchung solcher Fälle, sowie dem Eingehen in genauer bekannte anamnestische Daten lange siechender Syphilitiker ergibt sich oft der neuerdings wieder aufgetauchte Irrthum, der vorhergegangenen Quecksilberbehandlung die Entwicklung der schwereren Formen des dritten Stadiums zuzuschreiben. (Allgem. mediz. Centralzeitung, 1876, Nr. 102—103.) —

Dr. R. Oeri berichtet in einer Brochüre (Stuttgart, 1876, 183 S., 8°) über 75 Fälle von Thorakokentese bei serösen und eiterigen Ergüssen, welche von 1874—76 auf der medizinischen Klinik zu Basel ausgeführt wurden, und über die dabei gesammelten Erfahrungen. Die Punktion wurde meist an der hinteren Fläche des Thorax, in der Skapularlinie oder zwischen dieser und der Wirbelsäule ausgeführt, und zwar in einem möglichst weit unten gelegenen Interkostalraume, gewöhnlich im zwölften. Als Instrument diente der von Dieulafoy angegebene Aspirator. Der Widerstand, auf welchen man häufig bei der Thorakokentese stösst, kann — abgesehen von Gerinnselbildung und Vorlagerung der Lunge — darin seinen Grund haben, dass die verdickte Pleura oder Adhäsionen eine Ausdehnung der Lunge verhin-

dern. Letztere können durch starke Aspiration zerrissen werden, wobei meist eine leichte Hämorrhagie eintritt. Der Kranke empfindet dabei das Gefühl, als ob in seiner Brust etwas platze. Es wird ein derartiger Fall, mit Heilung verlaufen, mitgetheilt. Ist die Lunge nicht ausdehnungsfähig, so wird bei fortgesetzter Aspiration das Mediastinum auf die kranke Seite und das Diaphragma in die Höhe gezogen. Bei forcirtem Zuge sinkt die Brustwand ein, dagegen kommt es nicht zur Ruptur der Pleura, es sei denn, dass hochgradige Veränderungen vorhanden sind, z. B. Kavernen, welche dicht bis an die Peripherie der Lunge reichen etc. Es ist daher bei der Aspiration älterer Ergüsse rathsam, die Operation bei eintretender Steigerung der Widerstände abzubrechen, wenn phthisische Prozesse nachgewiesen sind, wenn sich dem Exsudate Blut beimischt oder wenn die Schmerzen sehr heftig werden. Bei grossen und alten Ergüssen räth Oeri nicht mehr als 1500 Cc. auf einmal zu entleeren. Die Frage, in welchem Stadium der Krankheit man punktiren solle, beantwortet er dahin, dass man nach Ablauf des Fiebers, d. h. etwa nach Ende der dritten Woche, die Operation auszuführen berechtigt sei; dauert das Fieber nach dieser Zeit noch fort, so kontraindizirt es die Punktion nicht. Unter den 75 ausgeführten Punktionen wurden 52 während des fieberhaften Stadiums gemacht; bei 32 blieb Fiebertypus und Fieberhöhe unverändert, in einem Falle stieg das Fieber sogar, während es in den übrigen theils vollständig, theils zeitweise verschwand. Allerdings waren bei weitem die meisten dieser Fälle mit anderen fieberhaften Krankheiten komplizirt. Es folgt daraus, dass das Fieber bei der Wahl der Zeit, in welcher die Punktion ausgeführt werden soll, oftmals nicht in Betracht kommen kann. Die eiterige Umwandlung des Exsudates nach der Punktion beobachtete Oeri in zwei Fällen, in dem einen nach der ersten, in dem anderen nach der dritten Punktion. Doch waren beide Fälle mit tuberkulöser Phthisis komplizirt und sind daher nicht beweisend. Pneumothorax trat nur in einem Falle nach der Auspumpung des Exsudates auf und zwar wiederholte sich derselbe öfter nach der Punktion (d. h. bei demselben Individuum), um jedes Mal ganz schnell zu verschwinden. Die Lunge wurde bei der Punktion wiederholt angestochen, ohne dass dies ernstere Folgen gehabt hätte. Einmal führte die Verletzung zu einer Hämoptoe, durch welche unmittelbar nach der Operation drei Esslöffel hellrothen Blutes entleert wurden. In diesem Falle war die Exsudatschicht so dünn gewesen, dass die Nadel durch dieselbe in die Lunge gedrungen war. In einem anderen Falle wurde eine pneumonisch infiltrirte Lunge angestochen, welche fälschlich für ein Exsudat gehalten worden war. Der Irrthum war dadurch veranlasst worden, dass ein croupöses Gerinnsel den Hauptbronchus vollständig verstopfte, wodurch Athmungsgeräusch sowohl als Stimmfremitus gänzlich aufgehoben waren. In einem dritten Falle endlich wurde ein Tumor irrthümlich für ein Exsudat gehalten und punktirt. Was die Entleerung der Empyeme durch Aspiration betrifft — eine Methode, welche auf der Baseler Klinik geübt wurde — so räth Oeri, in einer Sitzung nicht mehr als 500 Cc. Eiter zu entfernen. Da die Lunge in diesen Fällen wegen der vorhandenen Pleuraverdickung nicht vollständig ausdehnungsfähig ist, so wird die Brustwand und das Diaphragma in die kranke Seite hineingezogen. Aus diesem Grunde soll die Entleerung nicht forcirt werden. Von sechs auf diese Weise behandelten Patienten sind fünf genesen. Unter diesen war bei dreien je eine Punktion nöthig, bei zweien gelang die Heilung nach je vier bis sechs Aspirationen. —

L. Kleinwächter beschreibt im Archiv f. Gynäkologie, IX, S. 370, das Verhalten des Harnes im Verlaufe des normalen Wochenbettes. Seine bezüglichen Untersuchungen — im Ganzen 179 — umfassten den ersten bis achten Wochenbettstag und ergaben: die Harnmenge ist in den ersten 24 Stunden vermehrt (1325 Cc. im Mittel), nach ihm in Folge der veränderten Druckverhältnisse im Gefässsysteme, vielleicht auch in Folge der psychischen Einwirkung der Geburt. Vom zweiten bis vierten Tage sinkt die Menge in Folge der beginnenden Milchabsonderung, der Schweisse und des Wochenflusses; darauf steigt sie wieder. Die 24stündige Harnstoffausscheidung ist nahezu normal (26.5 Grm.), etwas vermindert am ersten bis zweiten Tage nach der Geburt; die Kochsalzausscheidung (14.0 Grm.) ist normal und richtet sich nach der Harnmenge; diejenige der Phosphorsäure läuft mit dem Harnstoff parallel, ist im Durchschnitte aus allen acht Tagen etwas vermindert (2.2 Grm.), am 4. Tage jedoch gesteigert (bis zu 2.5 Grm.), a

2. und 3. Tage vermindert (bis 1.7), am 4.—5. Tage wieder vermehrt (bis 2.3), um in den letzten drei Tagen wieder zu sinken. Das spezifische Gewicht des Harnes beträgt im Mittel 1015—1016, seine Farbe, anfangs blassgelb, wird allmählig gelb. — Mit Zunahme des Alters der Wöchnerin sinken die täglichen Mengen des Urins, des Kochsalzes und der Phosphorsäure, die Farbe wird dunkler und das Gewicht höher. Die absoluten Harnstoffmengen nehmen nur so lange zu, bis die Blüthe des Geschlechtslebens erreicht ist, jenseits dieser erfolgt ein Abfall, um so mehr, je höher das Alter ist. — Die Dauer der Wehenthätigkeit spricht sich nur in einer vorübergehenden Steigerung der Harnmenge aus. —

V. Hanot bestätigt durch statistische Angaben die von Stokes zuerst hervorgehobene Thatsache, dass Aneurysmen des Aortenbogens verhältnissmässig häufig mit Lungentuberkulose gemeinschaftlich vorkämen. Bei 42 an Aneurysma des Aortenbogens leidenden Kranken konnte er 16 Male eine Komplikation mit tuberkulöser Phthisis oder chronischen Pneumonieen nachweisen. Er hält diese Veränderung der Lungen für das Sekundäre und ist geneigt, dieselben abhängig zu machen von einem Reizzustande, in welchen die Lungen durch die Kompression des Vagus von Seiten des aneurysmatischen Sackes versetzt werden. Für einen derartigen Zusammenhang zwischen Aneurysmen und anderen Mediastinaltumoren und Erkrankungen benachbarter Nerven sprechen auch die Erfahrungen anderer Beobachter: Dr. Habershon beobachtete bei einem Aneurysma der Aorta thoracica rechtsseitige Pneumonie, welche er von dem Drucke herleitet, welchen der rechte Vagus durch den Tumor zu erleiden hatte. In einem anderen Falle von Oesophaguskarzinom beobachtete man eine „gangränöse Pneumonie", welche ebenfalls durch Druck auf den Vagus erklärt wird. — Man muss in einigen Fällen annehmen, dass es sich um ähnliche Zustände handelt wie bei der Vagusdurchschneidung und dass Speisetheilchen in die Lungen gelangen. Andererseits möchte Hanot manche Fälle chronischer Lungenerkrankung bei Mediastinaltumoren von wirklichen trophischen Störungen abhängig machen, welche durch Druck auf den Vagus erzeugt werden. Jedoch wirken solche Tumoren nicht ausschliesslich auf die pulmonalen Vagusfasern ein, sondern es können auch die laryngealen oder gastrischen Zweige in Mitleidenschaft gezogen werden. — In seltenen Fällen entstehen auch Erkrankungen der Lunge dadurch, dass die besagten Tumoren die Arteria pulmonalis komprimiren. Namentlich sind es käsige Pneumonieen, welche dabei in Frage kommen; hierbei würde allerdings der Beschränkung des Blutzuflusses nur die Rolle zufallen, die Infiltrationen, welche unter dem Einflusse der Vaguskompression erzeugt wurden, zur Verkäsung zu bringen. — In ähnlicher Weise bringt Hanot die zuweilen das Aneurysma komplizirende Perikarditis in Zusammenhang mit dem Drucke, welchen der Tumor auf den Plexus cardiacus ausübt. Andererseits hält er es für möglich, dass die Aortitis, welche manchem Aneurysma zu Grunde liegt, durch Fortpflanzung der Entzündung auf den Herzbeutel zu einer Perikarditis führen kann. (Allg. med. Centralzeitung, 1876, 99.) —

J. Parrot gibt im Arch. de Physiol., 1876, S. 133 ff. eine makroskopische Darstellung der bei Syphilis und Rhachitis zur Beobachtung kommenden Knochenerkrankungen und unterscheidet hierbei zunächst für die Syphilis vier Stadien: Im ersten findet er eine Lage subperiostaler Osteophytbildungen an den Diaphysen der Röhrenknochen, welche oft so stark ist, dass die Dicke des Knochens dadurch auf das Doppelte vergrössert erscheint. Der Intermediärknorpel ist manchmal etwas verbreitert, sonst aber normal. Im zweiten Stadium tritt eine schleimige Atrophie (A. gelatiniforme) in der Spongiosa auf, welche allmählig auf die festere Rindensubstanz, auf die Verkalkungszone an den Epiphysenenden und auf den Knorpel selbst übergreift, alle genannten Theile erweicht und in eine gelbbräunliche weiche Masse verwandelt. Durch diese Erweichung wird eine hochgradige Brüchigkeit bedingt und eine Lähmung, welche Parrot als „syphilitische Pseudoparalyse der Neugeborenen" bezeichnet. Das dritte Stadium charakterisirt sich durch eine exzessive Markbildung, welche die Osteophyten substituirt und in Form unregelmässiger Knötchen in der Verkalkungsschichte auftritt. In noch älteren Fällen bei längerer Lebensdauer der Kinder findet endlich die Umwandlung des neugebildeten subperiostal und in dem Intermediärknorpel liegenden Markgewebes Statt und hiermit das

vierte Stadium des Prozesses. — Parrot's Beschreibung der Rhachitis enthält keine neuen Gesichtspunkte. —

In der Wiener mediz. Wochenschrift 1876, Nr. 43, veröffentlicht Dr. Drasche klinische Untersuchungen über Salicylsäure und salicylsaures Natron. Derselbe stellt in seiner Arbeit voran, dass kein anderes Arzneimittel in den allerkleinsten Mengen so leicht und schnell in die Blutbahn aufgenommen, in derselben so rasch fortgeleitet, so ausgebreitet vertheilt und so lange behalten wird, dabei in einem Sekrete so sicher und einfach nachweisbar ist wie die Salicylsäure. 0.01 Acid. salic. innerlich genommen ist oft schon nach einer Stunde durch Farbenreaktion auf Zusatz 10prozentiger Eisenchloridlösung im Harne nachweisbar. Dagegen ist subkutane Injektion derselben Menge von keiner Farbenänderung gefolgt. Um von dem Salicylate Farbenreaktion im Urine zu erzielen, ist die vierfache Menge wie bei Anwendung der Säure nöthig. Auf innere Gaben von 0.5 Salicylsäure ist oft schon nach 10 Minuten dieselbe im Urine nachweisbar; bei Blasendefekten direkt aus den Ureteren aufgefangener Urin zeigt schon nach $8^1/_2$ Minuten Salicylsäure. Die Salicylsäureausscheidung dauert bei einmaliger Darreichung von 1.0 Grm. 36 Stunden, bei grösseren wiederholten Dosen länger, bis zu fünf Tagen nach der letzten Einnahme. Die Nuancen der Salicylreaktion gehen von einer kastanienbraunen Farbe durch eine violette bis zu tintenartiger Verfärbung. Die Ausscheidung des Mittels scheint eine totale zu sein, seine Diffusibilität eine ausserordentliche und ebenso die Imbibitionsfähigkeit der organischen Gebilde. Bei äusserer Applikation, z. B. Einreibung einer alkoholischen Lösung des Stoffes in die Haut, erscheint derselbe im Urine erst bei Anwendung von 0.2—0.4 in ausgesprochenem Grade. 1.0 Acid. salicyl., in Alkohol gelöst und in die Haut gerieben, lässt den Urin schon nach 2 und noch nach 40 Stunden die charakteristischen Reaktionen geben. Sowohl Salicylsäure wie die Salicylate werden von der Haut aus aufgenommen, doch die erstere schneller und vollkommener. Beim Gebrauche von Salicylsäure gaben Speichel, Bronchialsekret, Flüssigkeit aus Ascites, aus Echinokokkussäcken der Milz und Leber keine Spur von Reaktion, nur der Urin. — Da die Salicylsäure im Blute nur an dessen Salze gebunden vorkommen kann, fällt es auf, dass im Urine, woselbst zwar fast stets auch Salicylate sich vorfinden (Aetherprobe), doch bisweilen bei starker Acidität des Harnes, mag nun Salicylsäure oder Salicylat eingenommen worden sein, Spuren freier Säure nachgewiesen wurden. Das saure Phosphat des Urins zersetzt das Salicylat theilweise. —

Dr. W. Jakesch theilt Erfahrungen mit, welche auf der Klinik von Prof. Breisky mit heissem Wasser gemacht worden sind, welches zuerst von Trousseau und neuerdings von Dr. Hemet in New-York als Blutstillungsmittel bei Metrorrhagieen empfohlen worden ist. Dieses Mittel wurde 22 Male bei Blutungen nach der Geburt angewendet und damit Resultate erzielt, welche dem Effekte anderer Blutstillungsmethoden gewiss nicht nachstehen, wobei allerdings in Betracht kommt, dass den Uterusirrigationen die Entleerung des Uterus von Blutgerinnseln, welche die Kontraktion desselben verhindern, vorausgeschickt werden muss — ein manueller Eingriff, welcher schon an und für sich lebhafte Kontraktionen anregt. Allein die Wehen erregende Wirkung der Injektion von heissem Wasser wurde auch sehr schlagend in einem Falle demonstrirt, in welchem man sich absichtlich jedes mechanischen Eingriffes enthalten hatte. Die Injektionen geschahen immer mittelst Irrigators, die Wassertemperatur schwankte zwischen 38—41° R. (meist war sie 39—40° R.). Die Empfindlichkeit der Geschlechtsorgane gegen Hitze ist auffallend gering, viel geringer als gegen grosse Kälte. Die heissen Injektionen hinterlassen nie irgend eine unangenehme oder schädliche Reaktion, der Wochenbettverlauf ist dabei ein ungestörter. (Prager mediz. Wochenschr., 1876, Nr. 41.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 5.

Erlangen, am 3. Februar 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Myitis chronica. Beschaffenheit der bei Dysmenorrhoea membranacea sich abstossenden Hautstückchen. Zur Nervendehnung. Einwirkung der Inspiration von verdichteter Luft auf Herz und Gefässe. Wirksamkeit des Acidum bromohydricum. Vortheile ausgiebiger Drainage. Heilung der Varicocele durch Elektropunktur. Sektionsbefund bei progressiver perniciöser Anämie. Zur Behandlung des Puerperalfiebers. Der Gesundheitszustand in der Kreis- und Lokal-Gebäranstalt zu München. Koincidenz von Gallensteinen mit atheromatöser Arteriendegeneration und gesteigerter Fettbildung.

Ueber **Myitis chronica (rheumatica)**, deren Diagnose und Behandlung äussert sich Dr. Uno Helleday in Stockholm u. A. wie folgt: Die nicht auf traumatischer Ursache beruhenden idiopathischen Muskelleiden zeigen trotz der Verschiedenheit der Symptome, unter welchen sie auftreten, im Wesentlichen doch so grosse Uebereinstimmung, dass man für sie eine gemeinsame pathologisch-anatomische Grundlage und zwar die des sogenannten Muskelrheumatismus annehmen muss. Ueber das Wesen dieses den Entzündungen zuzuzählenden Krankheitsprozesses ist indessen nur wenig bekannt. Nur in verälteten Fällen hat man eine vom Perimysium internum und von den gröberen Bindegewebslagen ausgehende Neubildung von sklerosirtem Bindegewebe mit sekundärer Atrophie der Muskelfasern nachgewiesen; bei frischen Fällen sind die anatomischen Veränderungen nicht nachweisbar und man hat meist als Grund des Leidens Cirkulationsstörungen oder seröse Exsudate betrachtet. — Unter den **Symptomen** ist das hervorstechendste der **Schmerz**, doch ist dieses subjektive Symptom viel zu unverlässig, um darauf allein eine Diagnose zu gründen. Nicht bloss die Art und Beschaffenheit des Schmerzes kann ausserordentlich verschieden sein, auch sein Sitz ist oft sehr wechselnd und durchaus nicht übereinstimmend mit dem wirklichen Sitze des Leidens. Gewöhnlich nimmt man als charakteristisch für den Schmerz bei Rheumatismus dessen reissende, fliegende, vage Beschaffenheit an, doch kann dies schon deshalb nicht richtig sein, weil diese Art von Schmerz nur in den verhältnissmässig weniger häufigen Fällen vorkommt, in welchen multiple Myitiden über verschiedene Körpertheile vertheilt sind. Der Schmerz in den erkrankten Theilen kann auch zeitweilig ganz fehlen, wie sich dies bei solchen Rheumatikern nachweisen lässt, welche nur zu gewissen Zeiten an ihren Schmerzen leiden; in den freien Intervallen lässt sich durch die Untersuchung nachweisen, dass die Erkrankung der betreffenden Theile trotz der zur Zeit bestehenden Schmerzlosigkeit doch unverändert fortbesteht. Auch bei akuten Leiden kann der Schmerz anderen Symptomen gegenüber in den Hintergrund treten, ja kann sogar vollkommen fehlen bei der Entwicklung des Leidens. Der Sitz des Schmerzes braucht ferner nicht immer mit dem Sitze des Leidens übereinzustimmen; die geschwollenen Theile der erkrankten Muskeln können auf benachbarte Nerven einen Druck ausüben und der Schmerz wird dann an einem mehr oder weniger peripherisch von dem erkrankten Theile gelegenen Punkte gefühlt. — Auch die **Funktionsstörung** gibt nicht immer einen sicheren Anhaltspunkt für die Diagnose; nicht immer ist sie zweifellos als in einer Erkrankung des Muskels selbst begründet zu erkennen. Ebenso verhält es sich mit der Empfindlichkeit der erkrankten Muskeln gegen Druck; sie kann ebensowohl durch andere Krankheiten bedingt sein, als auch bei der Myitis, selbst in älteren,

weiter vorgeschritteneren Fällen, fehlen. Die Anschwellung der erkrankten Muskeltheile ist nicht immer deutlich nachweisbar. Mittelst der Palpation kann man sich indess in den meisten Fällen überzeugen, dass eine Veränderung in dem erkrankten Muskel besteht, die jedoch weniger das Volumen als vielmehr die Konsistenz betrifft. In denjenigen Fällen, in welchen der Muskel einer derartigen Untersuchung nicht zugänglich ist, hat dieses Zeichen natürlich gar keinen Werth, auch dann, wenn die zugängliche Fläche des Muskels von einer Fascie oder einer breiten Sehne überdeckt wird, bieten sich Schwierigkeiten, doch wird es in den meisten Fällen möglich sein, mittelst der Palpation sich von der Beschaffenheit der Muskeln zu überzeugen. Die Konsistenz des Muskels bei rheumatischer Myitis ist oft die eines in Kontraktion befindlichen Muskels, wobei die einzelnen Muskeltheile kompakter, fester und härter erscheinen können; doch ist dies nicht immer der Fall, die Konsistenz kann auch normal erscheinen und, namentlich in älteren Fällen, sogar weicher als in der Norm, stets aber ist die Elastizität vermindert. — Selten ist der Muskel in seiner ganzen Ausdehnung angegriffen, häufiger als der eigentliche Muskelbauch ist es eines der Enden, am häufigsten die Ursprungsstelle, bei breiten Muskeln sind oft erkrankte Theile durch gesunde getrennt; manchmal fühlt man einen Muskel von knolligen Verdickungen durchsetzt und oft ist eine kleine indurirte Muskelpartie, mitunter längs dem Verlaufe eines Nerven oder in der Nachbarschaft eines Nervenplexus, der Ausgangspunkt peripherer Schmerzen und es bedarf dann oft einer sehr genauen Untersuchung und wiederholter Palpationen, um dies herauszufinden. Solche erkrankte Partieen sind zwar gewiss häufig der Sitz von Empfindlichkeit gegen Druck, aber nicht immer, selbst bei lange bestehender Myitis. Affektion der Sehnen, der Fascien oder des Periostes hat Helleday nie mit Sicherheit nachzuweisen vermocht, obwohl es nach der Beschreibung der Kranken manchmal scheinen könnte, als ob der Schmerz in denselben seinen Sitz hätte. — Bei der Behandlung kommt es darauf an, die Resorption von Exsudaten zu befördern, welche durch Druck die Cirkulation hemmen, die funktionelle Thätigkeit hindern und einen Reizzustand der sensitiven Nerven bedingen. Diese Indikationen erfüllt am sichersten die Massage, welche direkt auf die erkrankte Stelle wirkt. Sie wird angewendet in Form von Walken, Kneten, Drücken, Klopfen und Streichen in der Richtung des venösen Blutstromes. Bei frischer Myitis ist ihre Wirkung auffällig, bei älteren Leiden werden wenigstens die Schmerzen bald beseitigt, wenn auch bis zur vollständigen Heilung Wochen und selbst Monate vergehen können; die Behandlung muss fortgesetzt werden, bis alle fühlbaren Veränderungen im Muskel verschwunden sind und dieser sich ganz normal anfühlt. Indessen gibt es doch Fälle, in welchen die Anwendung der Massage mit viel Mühe und Zeitaufwand verknüpft ist und desshalb nicht leicht ausführbar erscheinen kann. Es sind dies jene Fälle, in welchen sehr ausgedehnte Muskelpartieen ergriffen und in bedeutendem Grade infiltrirt sind und die Patienten in Folge dessen nicht im Stande sind, durch fleissige Bewegung die Behandlung zu unterstützen. In diesen Fällen kann eine andere der gebräuchlichen Behandlungsmethoden substituirt werden, aber sie muss immer so lange fortgesetzt werden, bis sich auch durch die Palpation nichts Krankhaftes am Muskel mehr nachweisen lässt. Dass dann, wenn der Krankheitsprozess so weit fortgeschritten ist, dass es zur Neubildung von Bindegewebe und Atrophie der Muskelfasern gekommen ist, eine eigentliche Hilfe von der Massage nicht mehr zu erwarten ist, ist selbstverständlich; doch kann eine Linderung der Krankheitserscheinungen selbst in solchen Fällen noch erzielt, unter Umständen vielleicht auch sogar der Krankheitsprozess zum Stillstande gebracht werden. (Nord. med. Ark., VIII, 2, Nr. 8, 1876.)

Bisher waren fast alle Autoren, welche genaue mikroskopische Untersuchungen angestellt hatten, der Meinung, dass die bei der Dysmenorrhoea membranacea sich abstossenden Häute oder Hautstückchen nichts Anderes seien, als Theile der entzündeten Gebärmutterkörperschleimhaut. Für diese Annahme sprechen zunächst das oberflächliche Cylinderepitel, die deutlichen Uterindrüsen, die strotzend gefüllten Blutgefässe und das stark infiltrirte Zwischendrüsengewebe. Beigel theilt dagegen in seiner jüngsten Arbeit mit, dass die von ihm mikroskopisch untersuchten dysmenorrhoischen Häute vorwiegend aus Plattenepitelien durchsetzt von Blutkörperchen und Fibrin bestanden und auch nirgends eine Spur der gerade für die Gebärmutterkörper-

schleimhaut so charakteristischen Elemente, wie Drüsen, Cylinderepitel, Blutgefässe u. s. w., gezeigt hätten. Die Gebärmutterschleimhaut wird nun bekanntlich im Körper wie im Cervix von Cylinderepitel bekleidet, welches sich in die Drüsen und Buchten fortsetzt und erst am untersten Theile des Cervix, ungefähr am Ringe des äusseren Muttermundes, geht das einschichtige Cylinderepitel in mehrschichtiges Plattenepitel über, welches nun nach Art der Epidermis Vaginalportion und Scheide überzieht. Schon diese anatomische Thatsache machte es dem Dr. G. Leopold zu Leipzig unwahrscheinlich, dass Beigel auch wirklich Gebärmutterhöhlenschleimhaut untersucht und abgebildet habe, und er glaubt nachweisen zu können, dass das, was Beigel beschrieben und abgebildet hat, Schleimhaut der Vaginalportion oder der Scheide ist. Mit Bezug hierauf hat er nun eingehende Untersuchungen angestellt, deren Resultate er in folgende Sätze zusammenfasst: 1) Bei der sogenannten Dysmenorrhoea membranacea können mit der Blutung Hautstückchen von zwei ganz verschiedenen Arten ausgeschieden werden. In den meisten Fällen gehören dieselben vorwiegend der Gebärmutterhöhlenschleimhaut an, deren charakteristische Elemente sämmtlich vorhanden sind, die aber immer im Zustande der chronischen Entzündung sich befindet. In den selteneren Fällen gehen gleichzeitig auch Stücke der Scheiden- und Vaginalportion-Schleimhaut ab, die nur aus Plattenepitelien und Blutkörperchen bestehen können. 2) Die in Rede stehende Krankheit ist von der Schwangerschaft ganz unabhängig; sie ist weder überhaupt als ein Abort, noch als ein jeden Monat wiederkehrender Abort anzusehen. Dies beweisen, ausser den bekannten Fällen von Solowieff, Hausmann, Finkel, Beigel u. s. w. auch Leopold's Beobachtungen. 3) Die Dysmenorrhoea membranacea ist keine selbstständige Krankheit, sondern geht immer mit Erkrankung des Uterus einher, z. B. mit chronischer Metritis, Lageveränderungen, Fibroiden u. s. w. 4) Die Membranabstossung geschieht in folgender Weise: Während bei der normalen Menstruation nur die Körperschleimhaut des Uterus ergriffen ist, handelt es sich hier um einen tiefgreifenden Häutungsprozess, der sich bis über den Cervix noch auf Vaginalportion und Scheide ausbreiten kann. Hat sich die Schleimhaut bei der letzten Periode zur Hälfte oder zu zwei Dritttheilen abgestossen, so muss bis zur nächsten Periode die Regeneration ausserordentlich schnell erfolgt sein, wenn sich die mit vollständig intakter Oberfläche wieder versehene Schleimhaut von Neuem abstossen soll. Dies geschieht nun dadurch, dass der haften gebliebene Theil bei der chronischen Hyperämie des ganzen Uterus beträchtlich wuchert und in Folge der zahllosen, neu sich bildenden jungen Bindegewebszellen sehr weich und locker wird. Mit diesem Vorgange wuchern auch die sich neubildenden Drüsen, welche, in der Tiefe ampullenartig erweitert, in die Länge gezogen werden. Endlich wird sich auf der neugebildeten Schleimhaut noch das bekannte oberflächliche Kapillarnetz ausbilden, über welches sich das Cylinderepitel von den Drüsen aus hinzieht. — Naht nun die arterielle Kongestion einer neuen Periode, so erweitern sich jene oberflächlichen Kapillaren, offenbar weit stärker in einem entzündeten als in einem normalen Organe, und es entsteht in den oberen Schleimhautschichten ein allmählig zunehmender Blutaustritt aus den Gefässen in das umliegende Gewebe, um und in die Drüsen hinein — ein Blutaustritt, der jedoch noch nicht oder nur sehr wenig auf die Oberfläche der Schleimhaut erfolgt, da das Cylinderepitel an ihr fast durchweg erhalten bleibt. Durch diesen Vorgang wird nun die an und für sich schon verdickte Schleimhaut immer mehr nach der Uterinhöhle vorgedrängt und muss an ihren tieferen Schichten ziehen. Da diese aber durch die kleinzellige Infiltration und die weiten Drüsenräume ausserordentlich gelockert und leicht nachgebend ist, so reisst die obere Hälfte der Schleimhaut von den tieferen Schichten ab und wird entweder in grösseren oder in kleineren Fetzen ausgestossen. Da mit diesem Abreissen zahllose Blutgefässe der Schleimhaut angerissen werden und frei zu Tage liegen müssen, so ist es begreiflich, dass der stärkste Bluterguss bei der membranösen Dysmenorrhoe immer erst mit resp. nach Abstossung der Membranen erfolgt. — Wenn aber auch an der Vaginalportion und an der Scheide die obersten Schleimhautpartieen, speziell das Epitellager, abgehoben werden, so wird anzunehmen sein, dass, wie im Uterus, so auch hier die Ursache in den oberflächlichen Blutergüssen liegt, welche von der allgemeinen übermässigen Hyperämie der Geschlechtstheile herrühren. — 5) Was nun den Namen der Krankheit betrifft, so wird man von nun an, wenn der Name der Dysmenorrhoea membranacea beibehalten werden

sollte, unter den abgehenden Hautstücken zwei ganz verschiedenen Strukturen begegnen können. Es würde darum nach Beigel's Vorgange vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus viel richtiger sein, wenn die Krankheit von nun an als Endometritis und Endocolpitis exfoliativa bezeichnet würde. — 6) Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass bisweilen bei der Periode dreieckige Blutgerinnsel ausgestossen oder bei der Sektion im Uterus gefunden werden, welche die schönsten Ausgüsse der Uterinhöhle bilden. Diese Gebilde imponiren leicht als sich abstossende Membranen, sind oft genug als solche demonstrirt und abgebildet worden, und der Vorgang wurde auch als exfoliative Endometritis beschrieben. Untersucht man die Uterinschleimhaut, welche derartige Blutgerinnsel umschliesst, so zeigt sich interessanter Weise, dass sie völlig intakt, von normaler Struktur und ohne die geringsten Läsionen ist. Demnach kann hier nur angenommen werden, dass ein derartiger Blutausguss von der letzten Periode stammt, bis zur nächsten im Uterus zurückgehalten und nun mit der neuen Blutung unter mehr oder weniger starken Schmerzen ausgestossen wird; dass aber hierbei von einer wirklichen Endometritis oder Endocolpitis keine Rede sein kann. (Allgem. mediz. Centralzeitung, 1877, Nr. 3.)

Zur Nervendehnung theilt Prof. Dr. Ferdinand Petersen zu Kiel dem „Centralblatte für Chirurgie", vom 9. Dez. 1876 mit, was folgt: „Seitdem v. Nussbaum seinen berühmten Fall von Nervendehnung in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie" bekannt gemacht hat, sind jetzt schon vier Jahre verflossen und noch immer ist die Kasuistik dieser segensreichen Operation, wie aus den Arbeiten von Vogt hervorgeht, eine recht geringe. Der Grund ist wohl hauptsächlich in dem Misstrauen der Fachgenossen zu suchen. Ich glaube desshalb, dass jeder, selbst der kleinste Beitrag willkommen sein wird, damit der genannten Operation die ihr gebührende Würdigung zu Theil werde. Ich halte mich darum nicht allein berechtigt, sondern sogar verpflichtet, den folgenden Fall der Oeffentlichkeit zu übergeben. Der 31jähr. Schlosser Barkow schlug am 5. August d. J. mit dem grossen Vorhammer auf den Ambos. Dabei sprang ein Stück Stahl (angeblich von der Grösse des letzten Kleinfingergliedes) ab und fuhr dem B. von der Innenseite in den rechten Unterschenkel. Patient suchte die Poliklinik auf. Ungefähr an der Gränze des oberen und zweiten Viertels des Unterschenkels war eine Λ-förmige Wunde, durch welche die Sonde nach unten und etwas nach vorne ungefähr 7 Ctm. weit unter die Haut geführt werden konnte. Von dem Fremdkörper war nichts zu fühlen. Die Wunde heilte im Verlaufe von acht Tagen bei Warmwasserumschlägen fast ohne Eiterung. — Anfangs September stellte der Patient sich mir wieder vor. Er ging mit steifem Kniee und steifem Fussgelenke, das Bein in starker Rotation nach aussen und abduzirt haltend, und klagte über einen äusserst heftigen ausstrahlenden Schmerz beim Gebrauche des verletzt gewesenen Beines. In der Ruhe fühlte er nichts. Der Schmerz hatte seinen Sitz ungefähr in der Mitte des Unterschenkels, an der Innenseite etwas hinter der Tibia. Dieselbe Stelle war auf Druck empfindlich und, wenn auch ausserordentlich wenig, doch resistenter als die Umgebung. Patient meinte, dort müsse der Fremdkörper stecken und ich müsse ihm denselben herausschneiden. Meine Vorstellungen, dass der Eingriff vielleicht ein vergeblicher sein würde, brachten ihn von seinem Verlangen, operirt zu werden, nicht ab, ebenfalls nicht mein Wunsch, ihn ohne Chloroform zu operiren, um mich durch sein Gefühl leiten lassen zu können. — Am 5. September führte ich die Operation ohne Chloroformnarkose unter künstlicher Blutleere aus. Ich führte einen Längsschnitt über die empfindliche Stelle und drang, indem ich mich durch das Gefühl des Patienten leiten liess, in die Tiefe bis auf den Nervus tibialis und die Gefässe, ohne auf den Fremdkörper zu stossen, ging dann an dem Nerven und den Gefässen vorbei bis auf die Fibula — mit demselben negativen Erfolge. Nirgendwo in der Wunde war eine resistentere Stelle, die auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers hätte schliessen lassen. Ich stach nach allen Richtungen eine Nadel ein; nirgends stiess dieselbe jedoch auf Widerstand. Dagegen war der blossgelegte Nerve sehr empfindlich, an einer Stelle in der Nervenscheide zeigte sich ein kleines Blutextravasat mit gerötheter Umgebung. Mir fiel die Nussbaum'sche Nervendehnung ein und ich beschloss sie auszuführen. Ich isolirte den Nerven, umging ihn mit einem stumpfen Hacken, zog eine Schlinge hervor und dehnte den Nerven in centraler und peripherer Richtung. Darauf

brachte ich die länger gewordene Nervenschlinge wieder an ihren Platz, legte ein Drainrohr ein, nähte die Wunde zu und verband mit nasser Karboljute nach Bardeleben. Patient ertrug, eine Cigarre rauchend, trotz heftiger Schmerzen die Operation sehr gut. In den ersten Tagen hatte er noch Schmerzen, jedoch weniger als vorher. Nach acht Tagen stand er auf und ging im Zimmer und auf der Strasse umher, ohne durch Schmerzen behindert zu sein. Am 25. Sept. ging er, nachdem die Wunde vollständig geheilt war, wieder auf Arbeit. Mit dem Resultate der Operation war er sehr zufrieden. Anfang Novembers habe ich ihn vollständig wohl wiedergesehen. Der Fremdkörper, der ja unzweifelhaft im Unterschenkel steckt, wird wohl eingekapselt sein. — Ich vermuthe, dass in diesem Falle das Stück Stahl vom Ambos am Nerven vorbei gegangen war, denselben vielleicht kontundirt hatte, dass in Folge dessen sich zwischen Nerv und Muskulatur abnorme Adhäsionen gebildet hatten, wenn ich auch solche nicht konstatiren konnte. Der Nerv wurde dann bei jeder Bewegung der betreffenden Muskeln gezerrt, was die heftigen ausstrahlenden Schmerzen hervorrief. Bei der Dehnung des Nerven sind die Adhäsionen gelöst und so dem Zustande ein Ende gemacht worden. Die in den ersten Tagen nach der Operation auftretenden Schmerzen waren einfache Wundschmerzen". —

Dr. Julius Sommerbrodt zu Breslau beschäftigte sich mit der Einwirkung der Inspiration von verdichteter Luft auf Herz und Gefässe und gelangte dabei zu folgenden Schlüssen: 1) Von der ersten Inspiration komprimirter Luft ab steigt bei dieser und jeder folgenden der Blutdruck im grossen Kreislaufe und fällt bei der Exspiration. 2) Wenige Herzkontraktionen nach Beginn der Inhalationen und von da ab während der Dauer derselben ist die Blutmenge im kleinen Kreislaufe vermindert, im grossen u. z. besonders in den Venen vermehrt. 3) Nach Aufhören der Inhalationen findet eine allmählige Ausgleichung dieser Blutvertheilung Statt, jedoch eine sofortige Rückkehr zur Norm in Betreff der unter 1 erwähnten Veränderungen. 4) Während der Dauer der Inhalationen kontrahirt sich das Herz öfter und energischer und diese vermehrte Energie hält eine Zeit lang nach den Inhalationen noch an. — „Es behalten somit", schliesst Verfasser, „die ursprünglich von Waldenburg aufgestellten Indikationen und Kontraindikationen für die praktische Verwerthung der Inspiration komprimirter Luft ihre volle Geltung und es sind die bereits wiederholt erzielten therapeutischen Resultate vor allen Dingen bei Bronchitis und bei passiven Hyperämieen der Lungen durch Mitralklappenleiden ganz besonders logische Folgen. In doppelter Weise interessant ist aber auch die von mir bis jetzt (1874) allein publizirte erfolgreiche Behandlung einer zwei Jahre bestehenden Bronchitis mit vierwöchentlich wiederkehrenden Erstickungsanfällen als eine Form der Menstruatio vicaria. Hier konnte nicht nur die Entlastung des kleinen Kreislaufes zur Befreiung der Lungen von der Bronchitis, sondern auch die systematisch eine Zeit lang gesteigerte Füllung des grossen Kreislaufes durch Anstauung benützt werden, um die regelmässig statthabende Blutkongestion des weiblichen Organismus in ihre natürliche Bahn zu lenken. Ganz besonders wichtig erscheint es mir, dass die Möglichkeit, den Herzmuskel systematisch zu leichter sich vollziehender energischer Action zu zwingen, ihn dadurch wie jeden anderen Muskel zu stärken und zu seinen Kompensationsaufgaben bei Herzkrankheiten leistungsfähiger machen zu können, mehr als bisher in's Auge gefasst wird." (Deutsch. Arch. f. klin. Med., 18. Bd., 2. u. 3. Heft, 1876.) —

Dr. James Milner Fothergill empfiehlt in „the British medical Journal", 1876, das aus der Verbindung von Kalium bromatum mit Acidum tartaricum entstehende, in der Lösung fast farblose „Acidum bromohydricum" als ein die Wirksamkeit des Bromkaliums mit der der Säure verbindendes, vielfach mit Erfolg anzuwendendes Medikament; so gegen die nach Chinin und Eisen auftretenden Kopfschmerzen, gegen Herzerregungszustände, die sich mit allgemeiner Erregung oder Erschöpfung des Nervensystems verbinden. In Verbindung mit Chinin und Digitalis soll das Mittel von grösserer Wirkung sein als Bromkali mit Digitalis allein. Erbrechen der Schwangeren und Reflexakte aller Art, insbesondere Keuchhusten und reine Reflexhustenformen, werden durch Acidum bromohydricum schnell beseitigt. Vorhandene gastrische Reizung kontraindizirt den Gebrauch des Mittels nicht, wird vielmehr durch dasselbe vermöge seiner Zusammensetzung

schnell gehoben. — 325 Grm. Bromkali werden in 2000.0 Wasser gelöst und alsdann 395 Grm. Acidum tartaricum hinzugesetzt, wobei das sich bildende Kali bitartaricum niederfällt. Volle Dosis sind alsdann 4,0 dieser Lösung und 2,0 gewöhnliche Verordnung.

Die Vortheile einer ausgiebigen Drainage werden beim Lister'schen antiseptischen Verbande durch die Anwendung des aus Gummi gebildeten Drainrohres erreicht. Die dadurch hervorgerufenen Nachtheile bestehen aber darin: 1) dass die prima reunio in der Ausdehnung der ganzen Wunde beeinträchtigt wird; 2) dass durch den Fremdkörper eine Reizung hervorgerufen und unterhalten wird, 3) dass das Protektiv durch den Gummistoff gebräunt wird; 4) dass Luft entlang dem Drainrohr beim Verbande regurgitirt und nun leicht einen schädlichen Stoff in die Tiefe führt; 5) dass, lediglich um das Drainrohr zu kürzen, der Verband gewechselt werden muss; 6) dass es unmöglich ist, genau zu bestimmen, wie viel vom Drainrohr jedesmal zu entfernen ist. — Diese Unvollkommenheiten resp. Schädlichkeiten würden mit Wegfall des Drainrohres schwinden. Ausgehend von der Thatsache, dass man zur Ableitung keines hohlen Cylinders bedarf, experimentirte Dr. J. Chiene mit einem aus Katgutfäden bestehenden Bündel und fand, dass die Kapillarität wirklich ausreichte, um die Sekrete abzuführen. Nachdem er mehrere grössere Operationswunden nach diesem Prinzipe behandelt, räth er, Bündel von 8—16 Fäden durch die Wunde hindurchzulegen; bei grossen Wunden oder bei Operationswunden, die lange dem Karbolspray ausgesetzt waren, mehrere solcher Katgutbündel einzulegen und sie einzeln durch das von Lister mit Chromsäure präparirte Katgut anzunähen, ebenso statt eines dickeren Bündels lieber zwei dünnere zu verwenden. So lange das Katgutbündel als Drainage wirkt, läuft die sezernirte Flüssigkeit um dasselbe herum, trennt es so von dem lebenden Gewebe und hindert seine Auflösung; hört das Fliessen des Sekretes auf, dann soll das Katgut resorbirt werden. Die Anwendung der Katgutbündel gilt natürlich nur für aseptisch behandelte Wunden und vereinfacht wesentlich den Verband. (Edinb. medic. Journ., Vol. 2, 1876.)

Der Wiener mediz. Wochenschrift vom 2. Jan. 1877 geht von Dr. Charles Veraguth in Catania folgende Mittheilung zu: „Dr. Clementi zu Catania theilte am 1. Dezember 1876 der dortigen Akademie die Ergebnisse mit über seinen ersten Versuch, die Varicocele durch Elektropunktur zur Heilung zu bringen. Er wies hin auf die aussergewöhnliche Häufigkeit dieser Krankheit und auf den Umstand, dass sowohl Patienten als Chirurgen sich nur ungerne zu den bisherigen nicht ganz ungefährlichen Operationsmethoden entschliessen. Im Hinblicke auf die Ungefährlichkeit und den schönen Erfolg der richtig applizirten Elektropunktur bei Aneurysmen machte Clementi einen Versuch mit derselben Behandlungsmethode bei einer drei Jahre alten umfangreichen Varicocele eines jungen Advokaten. Die erste Applikation geschah am 30. Juli v. Js. mit Hilfe der Ciniselli'schen Batterie (12 Elemente mit 5prozentiger Schwefelsäurelösung) und zweier Stahlnadeln, mit welchen er die varikösen Venen durchstach. Die zweite Applikation wurde am 24. August mit drei Nadeln gemacht und die dritte am 10. Sept. ebenfalls mit drei Nadeln. Die entzündliche Reaktion war nach jeder Sitzung eine sehr mässige, die geringfügigen Schmerzen verloren sich nach fünf Tagen gänzlich und in den Venen bildeten sich jedes Mal feste Koagula. Achtzig Tage nach der dritten Sitzung kam der Patient wieder zur Beobachtung: der grösste Theil der Venen war vollständig obliterirt und glaubt Clementi zuversichtlich, die wenigen noch vorhandenen Venen ebenfalls zur Obliteration zu bringen und so die Heilung zu einer vollständigen und bleibenden zu gestalten. In den Werken über praktische Chirurgie findet sich diese Heilmethode nicht verzeichnet und nach bezüglichen Mittheilungen von Verneuil und Ciniselli an Dr. Clementi scheint bis jetzt noch Niemand die Heilung der Varicocele mit Hilfe der Elektropunktur versucht zu haben". —

In einem an Virchow gerichteten Briefe berichtet Cohnheim über einen sehr bemerkenswerthen Befund bei einem 35 Jahre alten auf Biermer's Klinik verstorbenen Arbeiter, der das vollkommen typische Bild einer progressiven perniziösen Anämie dargeboten hatte. Der Befund war im Allgemeinen derselbe, wie er bei dieser Krankheit gefunden zu werden pflegt: Anämie aller Organe, vielfache kapillare Hämorrhagieen, Verfettung des vergrösserten Herzens etc. Das Mark aller Knochen war intensiv

roth, aber frei von Hämorrhagieen. Statt der fast vollständig fehlenden Fettzellen finden sich darin: 1) Markzellen der verschiedensten Grösse, darunter sehr viele grosse, hin und wieder mehr kernige Riesenzellen und Blutkörperchen haltende Markzellen; 2) in grosser Zahl rothe kernhaltige Zellen (kernhaltige gefärbte Blutkörperchen, Neumann). Diese letzteren wurden auch an der Leiche in Blutgerinnungen verschiedener Venen wie in der Milz und Leber nachgewiesen; während des Lebens waren wohl die von Quincke und Eichhorst beschriebenen kleinen Blutkörperchen zwischen den normal grossen und ein Missverhältniss in der Zahl der weissen und rothen Blutkörperchen konstatirt worden. Kernhaltige rothe Blutzellen aber sind nicht gesehen worden. — Cohnheim legt die Deutung nahe, die Veränderung des Knochenmarkes als ein Zurückgehen in den embryonalen resp. ganz jugendlichen Zustand auszulegen und somit als eine Erkrankung des blutbildenden Apparates. Er will aber auf diesen vorläufig einzig dastehenden Befund im Knochenmarke nur aufmerksam machen. (Virchow's Archiv, Bd. LXVIII, 2. Heft.)

Auf der letzten Deutschen Naturforscherversammlung zu Hamburg hielt Dr. Fritsch aus Halle Vortrag über die lokale Behandlung des Puerperal-Fiebers. Selbst in den schlimmsten Fällen darf man nach Redner nicht Nihilist sein. Bei Septikämieen mit sämmtlichen Symptomen ist noch Heilung zu erzielen. Es werden 2, manchmal 3 Liter einer 2—3proz. Karbolsäurelösung, die der Salicylsäure vorzuziehen ist, durch den Uterus gespritzt. Dabei findet man, dass in schlimmen Fällen stets Lochiometra besteht und dass erst bei Injektion des dritten Liters die Flüssigkeit klar abfliesst. Da die Scheide eine grosse Kapizität besitzt, so bleibt stets ein ziemliches Quantum des desinfizirenden Mittels zurück. Dies genügt, um bis zur nächsten Injektion die nachfolgende Flüssigkeit unschädlich zu machen. Die Temperatur des Wassers sei 25° R. Nach einer sorgfältigen vorangegangenen Reinigung genügte eine binnen 24 Stunden drei Mal vorgenommene Irrigation des Uterus. Die Scheide muss öfter ausgespült werden. Schon nach 3—4 Tagen kann der Uterus ohne Reinigung bleiben, während die Irrigation der Vagina fortzusetzen ist. Bei dieser Behandlung beobachtet man ein schnelles Heilen der Vaginalschleimhaut-Substanzverluste und der Risse der Portio. Desshalb werden die Lochien bald geringe, da der Antheil, welchen die eiternden Wunden liefern, bei der Primärheilung wegfällt. Die Portio behält ihre normale Form, so dass Ectropiumbildung u. dgl. nicht mehr vorkommt. — Der Vortragende hält es ferner für einen Hauptvortheil, dass bei der Irrigation die Involution des Uterus in vorzüglicher Weise vor sich geht. Selbstverständlich ist der meiste Werth auf die Verhältnisse des Fiebers zu legen. Es werden von ihm Kurven vorgelegt, welche beweisen, dass bei den höchsten Temperaturen Abfall und Heilung eintritt. Namentlich bei geringen Para- und Peri-Metritiden kann die Heilung durch Wegspülen der stinkenden Lochien beschleunigt werden. Die Bedenken gegen die lokale Behandlung werden durch die Beobachtung nicht gerechtfertigt. Namentlich hält der Vortragende (gegen Kehrer) das Touchiren nicht für schädlich, sobald vor, während und nach demselben irrigirt wird; auch die Entfernung der Eihaut- und Placenta-Reste, welche Virchow erst nach drei Wochen vornehmen will, räth der Vortragende, so bald als möglich vorzunehmen. — Zum Schlusse wird auch die Nothwendigkeit der inneren Behandlung betont und vor Natron salicylicum, welches leicht Delirien hervorrufe, gewarnt. — In der Diskussion betont Prof. Schatz (Rostock), dass der Wasserdruck nicht zu stark sein dürfe und dass man sorgfältig darüber wachen müsse, dass das Wasser aus dem Uterus einen guten Abfluss habe. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1876, Nr. 49.) —

Einem Vortrage des Prof. Dr. Hecker, welchen derselbe jüngst im Münchener ärztlichen Vereine über den Gesundheitszustand in der Kreis- und Lokal-Gebäranstalt zu München, deren Direktor er ist, gehalten hat, entnehmen wir Folgendes: Das seit dem Jahre 1856 eröffnete Entbindungshaus zu München hat sich von vornherein den Anforderungen der Hygiene durchaus nicht entsprechend erwiesen. Das angebrachte Ventilationssystem, nach Haeberl, welches v. Pettenkofer in seinen „Untersuchungen über den Luftwechsel in Wohngebäuden" (1858) als eine ganz verunglückte Anlage genügend gekennzeichnet hat, musste sehr bald verlassen werden, da es zeitweise gar nicht oder in verkehrter Richtung wirkte, so dass die Luft von einem Saale in den anderen gelangte. Man hat es daher vorge-

zogen, sich mit der natürlichen Ventilation zu begnügen, dieselbe noch durch fleissiges Oeffnen von Thür und Fenster zu unterstützen und besonders durch grösstmögliche Reinlichkeit auf die Salubrität der Luft hinzuwirken. In der Belegung der Säle wurde ein Wechselsystem eingeführt in der Weise, dass immer die eine Seite des Hauses mit je vier Sälen in jedem Stockwerke in Betrieb kommt, während die andere behufs Reinigung und Lüftung so lange unbelegt bleibt, bis erstere gefüllt ist. Jeder Saal wird, statt, wie anfänglich, mit sechs, nur mit vier Wöchnerinnen belegt. Beide Abtheilungen haben ihr eigenes vollständiges Inventar, so dass nie irgend welche Gegenstände von der einen zur anderen Seite verschleppt zu werden brauchen. Jährlich einmal werden sämmtliche Lokale der Anstalt frisch getüncht und alle Requisiten mit Lauge gewaschen. Vor der Exploration der Schwangeren und Entbindenden sind das Personal der Anstalt sowie die Studirenden gehalten, die Hände mit Karbolsäurelösung zu waschen und die Finger nur mit Karbolöl bestrichen einzuführen. Bei den Sektionen betheiligen sich sowohl die Studirenden als auch die Assistenten der Anstalt nur als Zuschauer. — Als weiteres wichtiges Moment für die Assanirung der Anfangs mit ungünstigem Erfolge betriebenen Anstalt verdient das Transferiren aller kranken Wöchnerinnen in das städtische Krankenhaus genannt zu werden — eine Massregel, welche allerdings für die Betroffenen sehr hart erscheint, welche aber durch ihre segensreiche Wirkung auf den Gesundheitszustand der Anstalt zur Genüge gerechtfertigt wird. Mit Zuhilfenahme dieser Faktoren der Assanirung ist es gelungen, trotz Mangels künstlicher Ventilation, trotz der von Jahr zu Jahr steigenden Zahl der Geburten, trotz der ergibigeren Ausnützung des klinischen Materiales, welche der immer grösser werdende Andrang der Studirenden mit sich bringt, den Gesundheitszustand der Anstalt zu einem ganz befriedigenden zu gestalten, wie durch nachstehende Statistik erwiesen ist. Diese Angaben sind mit grosser Gewissenhaftigkeit zusammengestellt, indem auch bezüglich der aus dem Gebärhause krank Entlassenen und in das Spital Transferirten genau recherchirt wurde, wie die Krankheit verlaufen sei. Während noch im Jahre 1860 und 1862 Morbilität und Mortalität die Gesundheitsverhältnisse des Hauses in einem sehr ungünstigen Lichte erscheinen liessen, erreichte der Vortragende in den letzten Jahren eine Reduktion dahin, dass von den sämmtlichen 13469 Entbundenen der Jahre 1859—1875 nur 4.86 pCt. erkrankt und 1.76 pCt. gestorben sind. Das Maximum der Mortalität fällt mit 3.7 pCt. in das Jahr 1862, das Minimum mit 0.6 pCt. in das Jahr 1869. Nach Abzug jener Todesfälle, welche während der Geburt oder unmittelbar nachher erfolgt sind, und der an nicht infektiösen Prozessen Verstorbenen, kommen auf puerperale Erkrankungen der Entbundenen nur 1.43 pCt. Mortalität, welches Resultat im Vergleiche mit Anstalten, welche allen hygienischen Anforderungen entsprechend gebaut zu sein scheinen, immerhin ein recht zufriedenstellendes ist. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1876, 50.) —

Benecke konstatirte, gestützt auf 375 Sektionsprotokolle, die häufige Koïncidenz von Gallensteinen mit atheromatöser Arteriendegeneration (ca. 70 pCt.) und gesteigerter Fettbildung, als deren genetisches Moment er eine reichlichere Cholestearin- und Gallen-Bildung annimmt (wodurch intensivere Fettresorption ermöglicht wird). Ferner fand er, dass Fettstauungslebern einen ausserordentlich geringen Gehalt an Cholestearin besitzen, während andererseits die Stauungshyperämieen ein die Cholestearinbildung beförderndes Moment abgeben. Er hält es nun für möglich, dass das Cholestearin eine Muttersubstanz für Fettsäuren bildet und dass der reichliche Fettgehalt der Fettleber von jenem herstammt. Schliesslich betont er noch das Vorkommen von exzessiver Fettablagerung im Omentum, Mesenterium, den Nieren und Appendices epiploïcae bei manchen Fällen schwerer chronischer Erkrankung, bei welchen gleichzeitig sehr kleine Arteriendurchmesser gefunden werden. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, XVII, S. 1 ff.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nr 6. *Erlangen*, am 10. Februar 1877.

Wöchentlich ½ Bogen von 4 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Stenokardie. Ueber Neuritis. Neue Operationsmethode zur Radikalkur der Hernie. Ueber Pneumatometrie. Wirkungen subkutaner Injektionen mit Pasteur'scher Flüssigkeit bei Versuchsthieren. Fall von Narkose mittelst Stickstoffoxydul. Aetzammoniak gegen Rheumatismus. Ursprung des Faserstoffes und Ursachen der Blutgerinnung. Zur Heilung des Symblepharon. Zur Aetiologie inkarzerirter Hernien. Die Bedeutung der Haut beim Baden.

Privatdozent Dr. S. Purjesz jun. zu Budapest theilt als Assistent des Prof. Wagner folgenden in dessen Klinik beobachteten und durch manche Eigenthümlichkeiten interessanten Fall von Stenokardie mit: Die Kranke, eine 30jährige Taglöhnerin, wurde am 11. Oktober 1876 in die Klinik aufgenommen und gab damals an, dass bei ihr vor vier Wochen zum ersten Male krampfartige Schmerzen im Unterleibe auftraten, welche von auf die Magengegend, von da auf die rechte Thoraxhälfte und dann auf den ganzen Thorax ausdehnten; die Anfälle traten zumeist während der Arbeit auf und schwanden bei Ruhe nach kurzer Zeit; sie wiederholten sich täglich mehrmals. Während der ganzen Zeit war Appetitmangel vorhanden. Die Untersuchung der ziemlich kräftig gebauten Kranken ergab Folgendes: Lungen normal; Spitzenstoss zwischen 5. und 6. Rippe etwas nach auswärts von der Mamillarlinie schwach zu fühlen; die Herzdämpfung nicht vergrössert. An der Herzspitze nach dem reinen systolischen Tone ein prädiastolisches und auch auf den grösseren Theil der Diastole sich erstreckendes, etwas weiches, doch hinlänglich starkes Geräusch. Ueber der Pulmonalis beide Töne entsprechend accentuirt, nebst dem zweiten Tone, wenn auch nicht immer, ein Geräusch hörbar, von demselben Charakter wie das über der Herzspitze; genau dieselben Verhältnisse über der Aorta. Ueber den Karotiden zwei Töne hörbar, deren zweiter ebenfalls mitunter von einem Geräusche begleitet ist. Der Unterleib fühlt sich weich an, ist jedoch bei tieferem Drucke stellenweise schmerzhaft; Leber und Milz normal. Temperatur in der von Anfällen freien Zeit normal, Puls entsprechend voll, 80—88 in der Minute. Urin normal. Die weitere Beobachtung ergab, dass zeitweilig von der Herzgegend ausgehende Schmerzen auftraten, die sich nach auf- und auswärts auf die rechte Thoraxhälfte, mitunter auf den rechten Oberarm, seltener auch auf die linke Thoraxhälfte erstreckten. Die Schmerzanfälle dauerten $^1/_4$—$^1/_2$—$1^1/_2$ Stunden und waren mitunter von klonischen Krämpfen des Unterkiefers und der Nackenmuskeln begleitet. Die Temperatur fiel während der Anfälle auf 35.8 bis 36.0° C.; der Puls war sehr klein, kaum fühlbar, 140—150 in der Minute; Patientin schnappte nach Luft, war mit kaltem Schweisse bedeckt, fühlte Druck und Beklemmung auf der Brust und wurde von Todesangst erfasst, so dass sie manchmal nicht im Bette zu verbleiben vermochte, sondern aufsprang und erregt auf und abging. Während der Anfälle trat bisweilen Aufstossen und Erbrechen, oft auch nur Brechreiz, ein. In der freien Zeit fühlte sich die Kranke schwach und appetitlos, sonst jedoch ziemlich wohl. Die Anfälle erfolgten in Intervallen von 1—2 Tagen ohne jeden Typus. Einen solchen Anfall bekam Patientin am 13. November, der sich von den früheren durch besondere Schwere nicht unterschied; während desselben sank die Kranke, die im Bette gesessen hatte, plötzlich zurück

und starb, ohne dass irgendwelche eigenthümliche Erscheinungen aufgetreten wären. — Die Stenokardie musste in diesem Falle mit krankhaften Veränderungen des Herzens oder der grossen Gefässe in Zusammenhang gebracht werden, wiewohl die während des Lebens beobachteten Erscheinungen eine ganz bestimmte Diagnose zu stellen nicht gestatteten; man vermuthete Unebenheiten an der Intima der Aorta, auch an krankhafte Veränderungen der Kranzarterien wurde gedacht. Die von Prof. Scheuthauer vorgenommene Sektion ergab nun in Bezug auf das Herz folgenden Befund: Im Herzbeutel etwa 10 Grm. reinen gelben Serums, das Herz von der Spitze bis zur Basis der Pulmonalis 11 Ctm. lang, sein grösster Breitedurchmesser 10 Ctm. Die linke Kammer mässig kontrahirt, die rechte etwas schlaff. Dicke der Wand der linken Kammer 15 Mm., die der rechten 6 Mm., Herzmuskulatur blassbraunroth, zähe; die Trabekeln der linken Kammer etwas verdünnt, Endokardium milchig getrübt. Im inneren Papillarmuskel der Bicuspidalklappe, im äusseren der Tricuspidalklappe, ferner in der Wand der linken und der rechten Kammer mehrere hanfkorn- bis linsengrosse Blutergüsse; die Basis der Bicuspidalklappe durchsichtig; die hintere Aortenklappe ist in ihrem horizontalen Durchmesser verkürzt und an beiden Enden ihres freien Randes, namentlich rechts, mit der Intima der Aorta verwachsen, so dass der Eingang zu dieser Klappe verengt ist; die linke Aortaklappe ist geruzelt. An der Intima der Aorta, namentlich im aufsteigenden Theile, papierdünne, theils blassrothe, theils schwefelgelbe Verdickungen, so dass zwischen denselben und der Intima zur Eingangsöffnung der Kranzarterie nur eine spaltförmige Oeffnung geblieben ist; die Intima der linken Kranzarterie zeigt stellenweise gelbliche, hanfkorn- bis linsengrosse Höcker, die Eingangsöffnung der rechten Kranzarterie mündet hinter der hinteren Aortenklappe so schief, dass der obere Rand der Oeffnung gleichsam eine kleine Klappe bildet. In den Herzhöhlen ziemlich viel theils flüssiges, theils geronnenes Blut. Der Vagus und seine Aeste bieten nichts Abnormes. Die Herzmuskulatur zeigt unter dem Mikroskope deutliche Querstreifung. — Aus diesem Befunde geht somit hervor, dass 1) die während des Lebens beobachteten Erscheinungen durch krankhafte Veränderungen der Intima der Aorta bedingt waren. Dass jedoch die physiologische Funktion der letzteren nicht wesentlich beeinträchtigt war, erhellt zur Evidenz aus den oben angegebenen Zahlen bezüglich der Länge und Breite des Herzens. 2) Dass der unter dem Namen der Stenokardie zusammengefasste Symptomenkomplex auch in diesem Falle von krankhaften Veränderungen der Kranzarterien begleitet war. 3) Dass der plötzliche Tod durch zahlreiche in die Herzmuskulatur gesetzte Blutergüsse herbeigeführt wurde. (Orvosi Hetilap, 1877, Nr. 1.)

Prof. H. Nothnagel knüpft an einen Fall von Tetanus traumaticus eine ausführliche Besprechung der Neuritis. Er beginnt dabei mit den Erscheinungen, welche bei Entzündung 1) eines sensiblen, 2) eines motorischen und 3) eines gemischten Nerven auftreten, und stellt die Resultate dieser Besprechung in folgenden Sätzen zusammen: 1) Wenn bei zweifellos peripherer Affektion im Bereiche eines sensiblen oder gemischten Nerven Zoster und Sensibilitätsstörungen gleichzeitig auftreten, kann man einen entzündlichen Vorgang im Bereiche dieses Nerven annehmen. 2) Bei zweifellos peripherer Affektion eines sensiblen oder gemischten Nerven, wenn es sich um die Entscheidung handelt, ob sogenannte reine Neuralgie ohne palpable Veränderung oder Neuritis (chronica) vorhanden sei, spricht das Vorhandensein trophischer Störungen an Haaren, Nägeln, Haut für letztere. 3) Vollständig intermittirende Schmerzen sprechen gegen eine Neuritis; kontinuirliche (auch mit paroxysmenweisen Exacerbationen) bis zu einem gewissen Grade und im Zusammenhange mit anderen Erscheinungen für dieselbe. 4) Bei länger bestehender Neuritis kann im weiteren Verlaufe eine Periode eintreten, in welcher die spontanen ebenso wie die Druckschmerzen aufhören können, wenn es nämlich (in Folge der perineuritischen und neuritischen Vorgänge) zu einer totalen Zerstörung der Nervenfasern gekommen ist. 5) Entzündete sensible oder gemischte Nerven sind gegen einen auf sie ausgeübten Druck stets schmerzhaft. 6) Eine frühzeitig, schon nach wenigen Tagen auftretende Anästhesie spricht im konkreten Falle und im Zusammenhange mit anderen Erscheinungen für Neuritis. 7) Motorische Parese und Paralyse kann bei der Entzündung motorischer und gemischter Nervenstämme vorkommen, ist aber nicht ein unbedingt nothwendiges Symptom. 8) Bei zweifellos peripherer Affektion eines gemischten

oder motorischen Nerven spricht im Zusammenhange mit darauf deutenden anderen Erscheinungen eine Muskelatrophie im Bereiche des erkrankten Nerven für Neuritis; ihr Fehlen dagegen beweist nichts gegen eine solche. Weniger werthvoll für die Diagnose einer Neuritis sind eine leichte erythematöse Hautröthung, Fiebererscheinungen, sowie eine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit. — Weiter bespricht dann Nothnagel die bei Neuritis auftretenden Sekundärerkrankungen. Gestützt auf die direkten Versuche von Fischer, Feinberg und Klemm müssen wir annehmen, dass die Neuritis sowohl in absteigender Richtung sich verbreiten und auf die Muskelsubstanz übergehen — wie auch aufsteigend fortschreiten und den Spinalkanal erreichen kann; am häufigsten wird in diesem letzteren Versuche das die Dura Mater umgebende Bindegewebe in Mitleidenschaft gezogen (Peripachymeningitis), doch kann auch das Mark selbst direkt ergriffen werden, entweder ohne oder mit Betheiligung der Pia (Myelitis und Myelomeningitis). Schliesslich kann sich die Entzündung von dem Nervenstamm einer Seite auf die andere Seite und zwar auf eine andere Extremität fortpflanzen, ohne Betheiligung des Rückenmarkes und seiner Häute (Neuritis sympathica). In allen diesen Fällen werden die Sekundär-Erkrankungen durch das Fortkriechen der anatomischen Prozesse selbst bedingt. Doch gibt es auch Fälle, welche man nicht anders deuten kann, als dass die abnormen Erregungszustände in neurotisch erkrankten Nerven bei dazu disponirten Individuen diese Sekundär-Erkrankungen, ohne gröbere anatomische Läsionen anzuregen, induziren. Verfasser theilt einen bezüglichen Fall von Neuritis adscendens nach Subluxation des Fussgelenkes mit, indem er hervorhebt, dass der direkten traumatischen und der durch Gelenkentzündungen veranlassten Neuritis die Neigung zum Weiterkriechen, zur Anregung von Sekundär-Erkrankungen zukomme. — Nachdem Nothnagel dann weiter den Fall von Duméril (an Neuritis chronica im Ischiadicus dexter sich anschliessende chronische [entzündliche] Spinalaffektion), sowie die Friedreich'sche Theorie der progressiven Muskelatrophie und die Reflexlähmungen und deren Entstehung durch Neuritis adscendens besprochen hat, stellt er die Vermuthung auf, dass auch bei der Entstehung der sekundären (Reflex-) Epilepsie zuweilen eine Neuritis in's Spiel kommen könne. Auch für die Chorea wird durch die anatomischen Untersuchungen von Elischer, welcher Perineuritis und Neuritis in peripheren Nervenstämmen konstatirte, und die klinischen von Rosenbach (ausgesprochene Schmerzpunkte für den konstanten Strom in bestimmten Nervenbahnen) der Gedanke an neuritische Prozesse näher gerückt. Dasselbe gilt für die Hysterie und die von Köppe beschriebenen reflektirten Psychosen nach Kopfverletzungen. (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 103.)

Die von Dr. Greensville Dowell, Professor der Chirurgie in dem Texas Medical College, erfundene Operation zur Radikalkur der Hernie, welche in der Verschliessung der Bruchpforte mittelst einer subkutanen Naht besteht, wird auf die folgende Weise ausgeführt: Während der Patient chloroformirt wird, zeichnet man mit Jodtinktur oder Tinte drei parallele Linien; die mittelste gerade über der Bruchpforte und die zwei anderen zu beiden Seiten derselben, etwa $^1/_4$ oder $^1/_2$ Zoll von ihrem Rande. Nachdem man dann in das eine Ende einer halbkreisförmigen Nadel mit zugespitzten Enden einen silbernen Draht eingefädelt hat, greift man das untere Ende mit der linken Hand, während man mit dem reehten Daumen und Zeigefinger eine Falte der Haut und Fascia superficialis auf solche Weise aufnimmt, dass die mittelste Linie gerade unterhalb der Spitze des Daumens kommt, von der mittelsten Linie an lässt man das eingefädelte Ende der Nadel die Falte durchbohren, so dass die Spitze der Nadel in oder ein wenig ausser der äusserlichen Linie (rechts vom Operateur) herauskommt. Die Falte wird jetzt losgelassen und die Nadel durchgezogen, bis ihr nicht eingefädeltes Ende gerade unter die äusserliche Linie kommt. Während man nun die Haut so weit wie möglich mit dem linken Zeigefinger invaginirt und die Fingerspitze hierauf unter die Aponeurosis führt, durchbohrt man diese mit dem nicht eingefädelten Ende der Nadel gerade in's Cavum pertonaei hinein. Dann führt man die Nadel, vom Zeigefinger angeleitet, über die Bruchpforte bis $^1/_4$ oder $^1/_2$ Zoll unter die gegenüber liegende Aponeurosis, die man wieder durchbohrt und die Nadel in der Linie (links vom Operateur) herausbringt. Der linke Zeigefinger wird nun zurückgezogen, dann zieht man die Nadel langsam heraus, bis ihr eingefädeltes Ende an die äussere Seite der

Aponeurosis reicht, worauf man die Nadel in eine entgegengesetzte Richtung zwischen die Aponeurosis und die Fascia superficialis führt und durch die erste Punktur herausbringt. Man hat auf diese Weise die Ruptur mit einer Ligatur umschlossen, deren Enden durch dieselbe Punktur herauskommen, und man braucht bloss an diesen zu ziehen und sie über ein Stück Kork oder eine Rolle Heftpflaster zu binden, um die Bruchpforte gänzlich zu verschliessen. Ist eine Ligatur nicht genügend, so bringt man zwei oder drei an. Nach 5 oder 6 Tagen werden die Nähte weggenommen, aber der Patient bleibt noch 10 oder 12 Tage im Bette und trägt für die ersten paar Monate ein passendes Bruchband. — Bei Hernia inguinalis dextra ist es besser, die Hände zu wechseln und die Operation von der linken Seite des Patienten anzufangen, um das Poupart'sche Band zu vermeiden. — Das Resultat von 97 solchen Operationen, welche bis zum September 1876 von Dowell und Anderen ausgeführt worden waren, war folgendes: Dowell selbst hatte 69 Operationen zu verzeichnen mit 61 vollständigen Heilungen und 8 nicht Geheilten; von anderen waren 28 Operationen nach seiner Methode ausgeführt worden und diese hatten 20 Heilungen und ebenfalls 8 nicht Geheilte aufzuweisen. — In keinem Falle hat man gefährliche Symptome nach der Operation gesehen. (Centralbl. f. d. mediz. Wissenschaften, 1877, Nr. 2.) —

Dr. Ph. Biedert theilt seine nicht unbeträchtlichen Erfahrungen über die Pneumatometrie mit, welche, wie er sagt, die Waldenburg'schen an Umfang nicht erreichen, aber gerade weil sie vor dem Erscheinen von dessen Werke über denselben Gegenstand gemacht worden sind, vielfach als Bestätigung der dort mitgetheilten Resultate gelten können. Biedert empfiehlt anstatt der Waldenburg'schen Maske für Nase und Mund eine Mundmaske in Form eines ovalen Holz- oder Blechtrichters, welche bei halbgeöffnetem Munde so gegen obere und untere Zahnreihe angedrückt wird, dass die zwischenliegenden Lippen als luftdichte Ausfütterung zwischen beiden dienen. Es ist in der That einleuchtend, dass auf diese Weise ein dichtes Schliessen, wie es mit Waldenburg's Maske ausserordentlich selten erreicht wird, leicht möglich ist, ausserdem ist in der vorgeschriebenen Kieferstellung Saugen und Pusten unmöglich, die Beobachtung also leichter zuverlässig zu erlangen. Biedert fand übereinstimmend mit Waldenburg, im Vergleiche zur Norm bei Bronchiolitis und Phthisis pulmonum Exspirations- und Inspirationskraft herabgesetzt, aber bei Bronchiolitis mehr die Exspiration, bei Phthisis mehr die Inspiration, bei Emphysem die Inspiration eher etwas erhöht, bedeutend herabgesetzt aber die Exspiration. Die Zahl der bisher bekannten Untersuchungen ist noch zu gering, um über den diagnostischen Werth der Pneumatometrie endgiltig zu entscheiden, doch hält Biedert ihren Werth für unanfechtbar um Besserung oder Verschlechterung im einzelnen Falle zu bestimmen. In Bezug auf therapeutische Anwendung zeigt er in einer Reihe von Beobachtungen, dass nach jeder einzelnen Anwendung des Apparates ein Steigen der Vt. Cp. stattfindet sowohl beim Ausathmen in verdünnte Luft wie beim Einathmen komprimirter Luft. Dieser Effekt erklärt sich bei letzterem Modus zum Theil aus der Eröffnung verstopfter Luftwege, worauf auch die expektorirende Wirkung verdichteter Luft beruht. Es dringt nämlich Luft an den verschliessenden Schleimpfröpfen vorbei und schafft für dieselben eine Vis a tergo; die expektorirende Wirkung der Ausathmung in verdünnte Luft muss dagegen durch Ansaugen der Massen erklärt werden. Beide Anwendungsweisen der Pneumatometrie sind übrigens ein entschiedenes Reizmittel, welches, wie einige unangenehme Erfahrungen lehrten, bei frischen Katarrhen schädlich und gefährlich werden kann, während dieser Reiz bei chronischem Katarrhe gerade heilbringend ist, u. zwar durch Anregung der erschlafften Kapillaren zur Kontraktion, Belebung der Blutzirkulation, Hebung der Stase. Zufügung medikamentöser Stoffe zur komprimirten Luft wird sehr leicht gefährlich selbst bei vorsichtigstem Verfahren. Ausser der Anwendung bei chronischem Katarrh gelten als Indikationen: Herstellung der Elastizität der Lunge und des Thorax bei Emphysem, Erweiterung der Lunge nach Pleuritis, Ausdehnung schmaler Brüste durch komprimirte Luft und Gymnastik der Brustmuskeln durch Einathmen verdünnter Luft. Biedert wendet gewöhnlich eine, selten zwei Sitzungen an einem Tage an, jedesmal mit Pausen von 8—15 Minuten, in der ersten Hälfte der Sitzung 20 bis 40 bis 60 Athmungen, in der zweiten 10 bis 30. Wird verdichtete mit verdünnter Luft verbunden (besonders bei Emphysem mit Ka-

tarrh), so kommt gewöhnlich zuerst verdichtete, dann verdünnte Luft (so viel als vertragen wird, was mit der Besserung steigt), dann wieder verdichtete. Bei Emphysem nehmen mit Besserung des Katarrhes die Einathmungen verdichteter Luft ab, die Ausathmungen in verdünnte Luft zu, um schliesslich allein angewendet zu werden. Das Athmen geschieht stehend oder aufrecht sitzend. Biedert's Resultate bei Phthisikern beschränken sich auf vorübergehende Besserung der Athemnoth und Beschränkung des Hustens. Schrumpfen der Lunge und Thoraxeinziehung nach Pleuritis wurde wesentlich gebessert. Die besten Resultate wurden bei Emphysem durch Ausathmen in verdünnte Luft erreicht; z. B. ein alter Fall von Emphysem und Asthma bei Scoliose gänzlich geheilt. Guter Erfolg wurde auch bei Bronchiolitis mit heftigen asthmatischen Anfällen erzielt. Verfasser gebrauchte meist den von ihm angegebenen Rotations-Apparat. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 2.) —

Max Wolff machte bei Meerschweinchen subkutane Injektionen mit Pasteur'scher Flüssigkeit, welcher aus faulendem Blut oder Eiter massenhafte Bakterien (B. termo und Bacillusformen) und Mikrokokken zugesetzt waren. Bei sieben Versuchsthieren entstand nach einiger Zeit nahe der Injektionsstelle ein mit käsigem Eiter gefüllter Abszess, welcher sich spontan öffnete und ausheilte, jedoch durch einen in kurzer Entfernung auftretenden zweiten und dritten Käseherd ersetzt wurde. Bei sämmtlichen sieben Thieren erfolgte zwischen dem 2. und 5. Monat nach der Injektion der Tod unter den Erscheinungen des Marasmus und eines mehr minder deutlichen Ascites. Die Sektionen ergaben als wesentlichen Befund Veränderungen an zwei Organen: den Lungen und der Leber. Die Lungen fanden sich ganz konstant durchsetzt von zahllosen stecknadelkopf- bis linsengrossen grauweissen bronchopneumonischen Infiltrationen, in welchen auch bei sorgfältigster mikroskopischer Untersuchung nichts von Tuberkulose zu entdecken war. Die Lebern befanden sich mit Ausnahme eines Falles im Zustande ausgesprochener interstitieller Hepatitis, welche in allen Stadien: von einer frischen, den interacinösen Gefässen folgenden Rundzellenwucherung an bis zur vollendeten Cirrhose und Lappung des Organes angetroffen wurde. Die pathologischen Prozesse an Lunge und Leber der Meerschweinchen führt nun Wolff zurück auf die nach der subkutanen Injektion aufgetretenen Käseherde, nicht auf die eingespritzte pilzhaltige Flüssigkeit, da in der überwiegend grossen Anzahl von Experimenten, in welchen nach den Pilzinjektionen keine Abszesse entstanden, auch diese Folgeerscheinungen ausblieben. Der Umstand, dass in allen sieben Fällen nach der Resorption des käsig gewordenen Abszesseiters rein entzündliche Prozesse und niemals Tuberkulose sich entwickelt hatten, nähert den Verf. den von Klebs vertretenen Auffassungen, dass nicht ein jeder Käseherd als solcher tuberkelerregend wirkt, ohne dass Verf. jedoch sein Dogma dahin formulirt, dass das spezifisch Tuberkel produzirende Agens lediglich in tuberkulösem Käse enthalten sei. Zum Schlusse widerlegt er die Ansicht, dass etwa die niedrigen Organismen durch den Lymphstrom verschleppt, eine Eruption von Tuberkeln hervorbringen könnten, wie Buhl dies ausgesprochen hat: 1) Wenn irgendwo, so sei doch bei den genannten Versuchen die günstige Bedingung zu einer Tuberkulose in der direkten Pilzinjektion geboten gewesen; statt dessen hatten die betroffenen Organe nur mit einfachen Entzündungen reagirt; 2) konnte Wolff, wenn er Tuberkel oder Riesenzellen aus letzteren untersuchte, selbst in den frischesten Fällen und in den jüngsten Stadien niemals in dem Zellenprotoplasma Körnchen erhalten, welche nach Gestalt und Widerstandsfähigkeit gegen chemische Reagentien als Mikrokokken angesehen werden müssten. (Virchow's Archiv, LXVII. Bd., S. 234). —

Dr. Bordier berichtete in der Société de Thérapie in Paris, Sitzung v. 11. Nov. 1876, folgenden Fall von Narkose mittelst Stickstoffoxydul: Ein junger Mann hatte sich unter Lustgasnarkose einen Zahn ausziehen lassen und war vollständig wohl nach Hause gekommen; nach einer Stunde aber begann er ohne Ursache heftig zu weinen und verfiel darauf in einen Zustand vollständiger Betäubung, aus welcher er nur schwer und für wenige Momente erweckt werden konnte. Das Gesicht war geröthet, heiss, die Augen injizirt, die Pupillen ganz enge, punktförmig, die Respiration langsam und verdächtig, der Puls 120. Zwei Stunden nach der Operation war dieser tiefe Schlaf eingetreten und hatte bereits drei Stunden gedauert, als

Bordier gerufen wurde. Die deutlichen Erscheinungen der Gehirnhyperämie und der Lähmung der vasomotorischen Nerven veranlassten ihn, 0.5 Chinin. sulf. in einer Tasse schwarzen Café's, Hautreize an die Beine und Kaltwasserumschläge auf den Kopf zu verordnen. Nach einer Stunde erwachte Patient aus der Betäubung und am anderen Tage war er ganz wohl, seine Pupillen sehr erweitert. — Aus dieser und anderen Beobachtungen zieht Verf. den Schluss, dass das Lustgas neben seiner anästhesirenden Eigenschaft eine mächtige Wirkung auf die Nervencentren (Hyperämie) und auf das vasomotorische Nervensystem (Paralyse) besitzt. Die Behandlung solcher Erscheinungen besteht in Darreichung von Chinin, Digitalis oder Ergotin. Die Zufälle sind entweder unmittelbare während der Narkose und dann tödtlich, bisher allerdings nur drei Male beobachtet, oder sie folgen der Narkose, sind häufiger und, wenn auch bisher ohne Todesfall, doch derart, dass sie vor der zu sorglosen Anwendung des Gases warnen. — Der Referent dieses Artikels macht noch auf eine andere offenbare Folge der Lustgasnarkose aufmerksam: die lange andauernden und schwer zu stillenden Nachblutungen aus den zerrissenen Zahngefässen; in zwei derartigen Fällen war bei früheren Zahnextraktionen ohne diese Narkose keine Blutung aufgetreten; sie war später veranlasst entweder durch vasomotorische Paralyse oder durch chemisch-morphologische Veränderung des Blutes (Verflüssigung); in dem einen Falle koagulirte das in ziemlich bedeutender Menge entleerte Blut entschieden weniger rasch als normal. (Allg. med. Centralzeitung, 1877, Nr. 1.) —

Dr. Franz Heller zu Wien glaubt annehmen zu müssen, dass die Disposition zum Rheumatismus hauptsächlich in einer durch mangelhafte Ernährung und Blutbildung erzeugten krankhaft alterirten Innervation zu suchen sei. Diese Alteration der Nerventhätigkeit werde durch anhaltende Störung der Verdauung und Assimilation begünstigt und komme entweder durch direkte Reizung der peripheren Nerven, z. B. durch Zugluft oder als Reflex der Reizung der Nervencentren zur Erscheinung. Wiederherstellung normaler Verdauung und Beschwichtigung der gesteigerten Erregung des Nervensystems sind demnach hier Heilaufgaben. Für letzteren Zweck fand er im Aetzammoniak ein Mittel, „welches sich geradezu als Specificum bewährt hat, indem es stets sicher und überraschend schnell den rheumatischen Schmerz hebt". Als er vor mehreren Jahren an heftigem Muskelrheumatismus der rechten Schulter litt, bei gleichzeitigen länger andauernden Verdauungsstörungen, versuchte er Aetzammoniak, von dem er eine günstige Wirkung auf die nach Analogie der Gicht auch bei Rheumatismus von ihm supponirte harnsaure Diathese, sowie gegen die Magenbeschwerden erwartete. Er war erstaunt, nachdem er einen Tropfen des Aetzammoniaks mit etwas Wasser zu sich genommen hatte, sofort ausgedehnte Bewegungen mit dem kranken Arme vornehmen zu können, welcher zehn Stunden lang der Sitz heftiger Schmerzen gewesen war und nicht die geringste Bewegung zugelassen hatte. Das Mittel bewährte sich dann auch in allen Fällen frischer rheumatischer Muskelerkrankung als ein sicheres Heilmittel. Es beseitigte die rheumatischen Schmerzen augenblicklich; nur wenn das Leiden bereits einige Zeit gedauert hatte, waren ein bis zwei Tage zur Heilung nöthig. — Später fand Heller das Mittel auch bei leichteren Fällen von akutem Gelenkrheumatismus und sogar bei einem Falle von chronischem Rheumatismus des Fingergelenkes sehr wirksam. In letzterem Falle gelang es ihm, durch bloss Anwendung des Aetzammoniaks binnen zwei Tagen die Schwellung und Schmerzhaftigkeit des Fingergelenkes vollkommen zu beseitigen, so wie die Beweglichkeit des vorher steifen Gelenkes vollständig wieder herzustellen. — Nur wenn der Gelenkrheumatismus mit heftigem Fieber verbunden ist, bleibt das genannte Mittel wirkungslos, zeigt aber nach Beseitigung des Fiebers wieder seine Wirksamkeit. — Die Heilerfolge des Verf. fordern jedenfalls zur Nachahmung auf. (Schmidt's Jahrb. der gesammten Medizin, 1876, Nr. 11.

Moleschott's „Untersuchungen zur Naturlehre", XI, S. 523 ff., enthalten „Experimentelle Untersuchungen über den Ursprung des Faserstoffes und über die Ursachen der Blutgerinnung" von P. Mantegazza, dessen Standpunkt insoferne ein von der Mehrzahl der bisherigen Untersucher abweichender ist, als er sich vorwiegend mit den am lebenden Thiere zu beobachtenden Erscheinungen der Faserstoffbildung beschäftigt hat. Er schreibt, so wie in der letzten Zeit auch Alexander Schmidt, eine wesent

liche Rolle bei der Gerinnung den farblosen Blutkörperchen zu, nur mit dem Unterschiede, dass Schmidt die Bildung fibrinoplastischer Substanz für ein Absterbephänomen erklärt, Verfasser dagegen für eine vitale Leistung, für eine Art Reaktionsphänomen in Folge eines auf dieselben ausgeübten Reizes, welcher bei weitem am häufigsten in der Berührung der farblosen Zellen mit fremden Körpern besteht. Der Prozess endet mit Absterben und Aufgeben der farblosen Zellen an das Gerinnsel. Zur Stütze dieser Anschauung dienen 1) eine grosse Reihe von Versuchen, aus welchen hervorgeht, dass innerhalb des Blutstromes eine Gerinnung stets zu Stande kommt, wenn die Gefässwand — z. B. durch Aetzung oder Verbrennung — verändert wird; die betreffende Stelle der Gefässwand findet sich dann stets mit zusammengeklebten farblosen Zellenhaufen bedeckt, um welche herum sich Fibrin ausgeschieden hat — oder, wenn ein fremder Körper von rauher Oberfläche in das Lumen eingeführt wird; 2) der Nachweis, dass alle gerinnenden Flüssigkeiten resp. gerinnungsfähigen Flüssigkeiten farblose Zellen enthalten. Als seinen Vorgänger in dieser Anschauung citirt Mantegazza namentlich Beale; die Untersuchungen von Zahn, welche mit den vorliegenden sich — soweit es sich um die Experimente am Thiere handelt — fast vollständig decken, scheinen ihm nicht bekannt geworden zu sein. Ueber die Frage, ob das Fibrin aus fibrinogener und fibrinoplastischer Substanz hervorgehe, äussert sich Verfasser nicht mit voller Bestimmtheit; er scheint jedoch dieselben zu adoptiren und die Produktion fibrinoplastischer Substanz als Folge der Reizung der farblosen Elemente aufzufassen. — Im Anfange seiner Arbeit handelt Mantegazza über den Unterschied zwischen dem Blute der Vena jugularis und der Vena lienalis wie über den Zusammenhang zwischen der Zahl der rothen Blutkörperchen und der Menge des im Blute enthaltenen Fibrins. Seine wesentlichen Schlüsse sind etwa folgende: 1) Die Unterschiede obiger beider Blutarten im Gehalte an Fibrin und Blutkörperchen sind bei Hunden inkonstant. 2) Nach Einspritzung von Harnstoff in die Venen nimmt die Zahl der Blutkörperchen schnell und beträchtlich ab, die Menge des aus dem Blute enthaltenen Fibrins steigt. Bei 4 Grm. Harnstoff sank binnen 4 Tagen die Zahl der Blutkörperchen in 1 Cbm. um 1250000 und der Faserstoffgehalt stieg von 2.628 pro mille auf 8.089. Im Maximum liess sich der Gehalt auf 19 pro mille steigern. Die Wirkung des Harnstoffs ist bei Pflanzenfressern stärker wie bei Hunden; sie findet ausserhalb des Körpers in keiner Weise Statt. 3) Die Milchsäure hat eine ähnliche Wirkung in Bezug auf Faserstoffgehalt und Blutkörperchenmenge, jedoch ist dieselbe eine viel komplizirtere. — Ein weiteres Kapitel der interessanten Arbeit beschäftigt sich mit der Widerlegung einer Theorie von Beltrami, welcher das Fibrin als von „Detritus der Muskelsubstanz“ herrührend ansieht. Lussana hat sich dieser Theorie auf Grund seiner Versuche angeschlossen: er beobachtete nämlich eine Faserstoffvermehrung bei tetanisirten Thieren. Mantegazza fand bei drei Tetanuskranken 4.8—2.7—1.6 pro mille Faserstoff, im Ganzen also eher eine Verminderung als eine Vermehrung. Er führt noch eine Reihe von anderen Gründen gegen die oben erwähnte Theorie an. —

Alle, auch die schwersten Fälle von Symblepharon, bei welchen bis tief zu der Uebergangsfalte hin Verwachsungen zwischen Lid und Augapfel sich finden, behauptet Bell Taylor durch folgende, wie wir ihm zugeben müssen, sehr geistreich ausgedachte Methode zu heilen. Er bildet, nachdem er die pathologischen Verwachsungen zwischen Bulbus und Lid mit Scheere und Messer in genügender Weise gelöst hat, aus der äusseren Haut des Lides einen langgestreckten Lappen, welcher aber nicht an allen Theilen vollständig von der umgebenden Haut abgelöst, sondern welcher an seinem inneren Theile im Zusammenhange mit derselben gelassen wird. Darauf macht er, dicht an dem Stiele dieses Hautlappens, einen vertikalen Schnitt, welcher das ganze Lid perforirt, und führt durch denselben den Hautlappen hindurch, um ihn auf der inneren Fläche des Lides mit einigen Nähten zu befestigen, und zwar thut er dies in solcher Weise, dass die Epitelfläche der Lappenhaut dem Bulbus zugekehrt ist, die Wundfläche aber an das Lid angeheftet wird. In dieser Stellung heilt nun der Lappen fest und seine dem Augapfel zugekehrte epiteltragende Fläche soll die Neigung zu ferneren Adhärenzen zwischen Lid und Bulbus vollständig beseitigen. Eine Durchschneidung des den Hautlappen mit der Lidhaut noch verbindenden Stieles scheint erst dann zu erfolgen, wenn die Verwachsung des Lappens mit dem Lide definitiv stattgefunden hat. Die

Wunde der äusseren Lidhaut wird durch einige Nähte geschlossen. Taylor versichert, durch diese Methode schon wiederholt höchst-befriedigende Erfolge erzielt zu haben, und scheint dieselbe jenem Verfahren, welches durch Transplantation von Kaninchenbindehaut eine Heilung ausgedehnter Adhärenzen zwischen Lid und Augapfel anstrebt, entschieden vorzuziehen. Leider unterlässt er es, Mittheilungen zu machen über die Metamorphose, welche die Epitelfläche des transplantirten Hautlappens schliesslich im Konjunktivalsacke erleidet. (Medical Times, July 1., 1876.)

L. Feigel beschreibt (in den Wien. med. Jahrb:, 1876, S. 307) einen Fall von inkarzerirter Hernie, welcher als ein Beitrag zur Aetiologie dieses Krankheitsbildes wichtig erscheint. — Seit 13 Jahren hatte eine freie linksseitige Inguinalhernie bestanden, welche nach einer acht Tage lang anhaltenden Diarrhoe plötzlich zu Einklemmungserscheinungen und bald zum letalen Ausgange führte. Bei der Sektion fanden sich zwei grosse Ausstülpungen (Divertikel) der Bruchsackwand, beide mehrkammerig und getrennt von einander durch ein dünnes Septum. In diesem letzteren war durch eine frische Zerreissung eine rundliche Oeffnung entstanden, durch welche eine Darmschlinge von dem einen Divertikel in das andere durchgeglitten war. In der Oeffnung hatte nun eine Inkarzeration jener Schlinge stattgefunden, welche durch eine starke Kothanhäufung einen beträchtlichen Grad erreichte, schliesslich durch das Nachdrängen immer neuer Darm- und Mesenterium-Massen, welche immer wieder eingeschnürt wurden, eine solche Annäherung der Einklemmungsstelle an den Mesenterialansatz herbeiführte, dass der ganze Bruchsack umgestülpt wurde. Der mit der Pforte verwachsene Bruchsackhals war an seiner Stelle verblieben, der Bruchsack selbst hatte sich von seiner Umgebung, mit welcher er nur durch lockeres Bindegewebe zusammengehangen, getrennt und war bis in die Nähe der Wirbelsäule zu einem abgestumpften Kegel ausgezogen. —

Nach einer ausführlichen Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten über die Bedeutung der Haut beim Baden theilt E. Lehmann in einer Dissertation (Bonn, 1876) folgende Versuche über Adhäsion der Badestoffe an der Haut mit. Er nahm während sechs Wochen 30 Thermalsoolebäder zu Rehme und einen Monat nach Beendigung derselben ein Sitzbad von 15 Minuten Dauer, dampfte das Wasser des letzteren ab und konnte im Rückstand spektroskopisch Kalium, nicht aber Lithium (nach Finkener enthielt die Thermalsoole 1873 in einem Liter 0.0002 Chlorlithium), nachweisen. Da ersteres möglicherweise aus dem Schweisse und nicht aus dem Badewasser (wovon ein Liter 0.226 K_2SO_4 enthält) stammen konnte, so nahm Lehmann in zwei weiteren Versuchen je acht Sitzbäder von 20 Liter Wasser, zu welchem 100 Grm. Chlorlithium resp. Chlorstrontium gesetzt waren, an acht hinter einander folgenden Tagen. Jedes Bad hatte eine Temperatur von 15—18° C. und eine Dauer von 15 Minuten. Nach einer Woche wurde dann in einer zu den vorigen Versuchen nicht benutzten Wanne ein Abwaschungsbad mit gewöhnlichem oder Regen-Wasser genommen. In dem Abdampfrückstande des letzteren liess sich mit Bestimmtheit Lithium resp. Strontium spektroskopisch nachweisen. Diese Stoffe waren also aus den Bädern aufgenommen worden und hatten acht Tage auf der Haut gehaftet. Dass dieselben unter Umständen noch länger auf ihr haften können, ist höchst wahrscheinlich. Lehmann schliesst weiter daraus, dass während des Bades keine Absorption von Stoffen durch die Haut erfolgt, hält es aber nicht für unmöglich, dass von haften gebliebenen Stoffen im Laufe der Zeit etwas aufgenommen wird. Es ist also zweifellos mit dem Mineralbade die Berührung der in ihm enthaltenen Stoffe mit der Haut nicht abgeschlossen und die Nachwirkung der Bäder vielleicht auch darauf zurückzuführen. Es folgt daraus, dass in Fällen, in welchen es auf Erhaltung der Wirkung ankommt, längere Zeit nach den Mineralbädern keine gewöhnlichen Bäder oder „Wildbäder", wie es häufig geschieht, genommen werden sollten, sowie endlich, dass auch stoffärmere Quellen bei längerem Gebrauche denselben Nutzen haben können wie stoffreichere Bäder, kürzere Zeit genommen. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 7. *Erlangen*, am 17. Februar 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Darmblutungen bei Ileotyphus. Zur Aetiologie der Rose. Zur Exstirpation des Kropfes. Ueber Kallusbildung. Salicylsaures Natron gegen Diabetes. Ueber Leukämie. Volumensveränderungen des Armes während vollster Körperruhe. Ueber Impf-Keratitis. Eigenthümliche Beschaffenheit des Urines bei Atrophie in Folge von Dyspepsie. Kalabar gegen gewisse Hornhauterkrankungen. Befund bei Hirnsyphilis. Bildung und Struktur der Thromben. Zur Aetiologie des Klumpfusses. Ueber die angeblichen motorischen Centren in den Grosshirnhemisphären. Zur Trepanationsfrage. Ueber Verbrühung durch Dampf. Ursache einer Bleivergiftung.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung v. 3. Jan. d. Js., sprach Dr. Goltdammer über Darmblutungen bei Ileotyphus. Unter 783 Typhuskranken, die in den Jahren 1874, 75 und 76 in Bethanien behandelt wurden, sah er 51 von Darmblutungen befallen werden, also 6.5 pCt. und zwar beträchtlich mehr Männer als Frauen; 35 davon fielen in die 3. und 4. Woche, 3 in die 5. und 6., 10 in die 1. und 2. Unter 70 Kindern kam nur eine Darmblutung vor. 21 Kranke starben. Meist war die Blutung von einem Temperaturabfalle gefolgt, 11 Mal trat schwerer Kollaps ein, der meist tödtlich war. Ein Mal trat der Tod durch Kollaps ein, bevor die Blutung nach aussen entleert war. Wenngleich der Vortragende sonach auch in der Mehrzahl der Fälle die typhösen Darmblutungen als eine prognostisch sehr ungünstige Erscheinung ansehen muss, so hat er doch auch eine kleinere Anzahl (10) beobachtet, in welchen die Blutung einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit ausübte, entsprechend den Angaben von Graves und Trousseau. Es folgte in diesen Fällen den Blutungen ein starker Temperaturabfall mit Aufhellung des Bewusstseins, Feuchtwerden der Zunge, ruhigem Schlafe, Langsamerwerden des Pulses und die Entfieberung trat in verhältnissmässig kurzer Zeit ein. Zum Zustandekommen dieser Wirkung gehört ein ausreichendes Erhaltensein der Kräfte und ein verhältnissmässig vorgerücktes Stadium der Krankheit. In Bezug auf die von verschiedenen Seiten behauptete, von anderen bestrittene Vermehrung der Darmblutungen durch die Kaltwasserbehandlung legte der Vortragende eine statistische Zusammenstellung von etwa 40 Epidemieberichten mit einer sehr grossen Anzahl von Fällen, mit und ohne Wasserbehandlung, vor. Die Häufigkeit der Darmblutungen bei der Kaltwasserbehandlung betrug 4.2 pCt., ohne dieselbe 3.9 pCt. Goltdammer findet bei der grossen Verschiedenheit des Materiales die Differenz zu gering, um aus ihr eine Vermehrung der Darmblutungen durch die Bäder zu folgern. Die einzelnen Epidemieen sind ausserordentlich verschieden in Bezug auf dieses Symptom (0.6 und 18 pCt.). Wenn man annimmt, dass die meisten Darmblutungen binnen 6 Stunden nach dem Bade nach aussen entleert werden und sicher alle binnen 12 Stunden, wogegen sich wohl nicht viel einwenden lässt, so fielen von den 51 Blutungen nur 11 auf die nächsten 12 Stunden nach einem Bade (7 davon innerhalb 6 Stunden). Will man diese 11 als durch das Bad veranlasst betrachten (was sicher nicht für alle gelten kann), so erwiesen sich also 11 unter mehr als 8000 Typhusbädern, welche in den letzten drei Jahren auf der Abtheilung des Vortragenden gegeben wurden, als schädlich in dieser Hinsicht. Die nicht gebadeten Typhen (213) sah derselbe genau eben so häufig (6.5 pCt.) von Darmblutungen befallen werden als die gebadeten (570). Er ist demnach der Ansicht, dass eine Vermehrung der Darmblutungen

durch die Bäderbehandlung keineswegs erwiesen, vielmehr sehr unwahrscheinlich sei. Therapeutisch empfiehlt er ausser Eis, Opium und Ruhe besonders Ergotin (1.5:150) innerlich esslöffelweise, da Liq. Ferri und Plumb. acet. ihm sehr häufig von keinem Nutzen gewesen sind. (Deutsche med. Wochenschr., 1877, Nr. 2.) —

Zur Aetiologie der Rose theilt Stabsarzt Dr. Lühe in Plön Folgendes mit: Ein Gymnasiast würde am 27. Febr. 1874 in den rechten Oberarm gestochen und zeigte schon am 29. hohes Fieber. Von der Wunde aus hatte sich ein phlegmoneartiges Erysipel über den Arm und einen Theil des Rumpfes verbreitet, welches Erweiterung der Wunde und später noch Inzisionen zur Entleerung des Eiters erforderte. Am 3. März erkrankte der Bruder des Patienten, welcher in demselben Zimmer geschlafen hatte, mit einem blasigen Erysipel des Gesichtes und Kopfes; am 5. März die Schwester, welche den erkrankten Bruder gepflegt hatte; beide nach einem Prodromalstadium, welches sie vom 1. März herdatirten. Da sich in der Stadt und. deren Umgebung keine Erysipelerkrankungen weiter vorfanden, kann an eine Verbreitung durch atmosphärische Einflüsse nicht gedacht werden; die Besichtigung der Oertlichkeiten bot auch keinen Anhalt für die Annahme einer vom Orte ausgehenden Lokalinfektion und ist daher wohl eine Uebertragung von jenem ersten Rothlaufe anzunehmen. — Im Juni 1871 entwickelte sich bei einem am Ellbogen resezirten Verwundeten ein phlegmonöses Erysipel, welches abszedirte und Inzisionen erforderlich machte. Später stiess sich ein Sequester ab. Während sonst auf der ganzen Station kein Erysipel war, wurden in demselben Saale zwei andere Kranke von der Gesichtsrose befallen: einer mit einer Gesichtswunde drei Tage darauf, und 4 Tage nach dieser zweiten Erkrankung der zweite, welcher starken Schnupfen mit Schleimhaut-Exkoriationen hatte. Bei dem zweiten Kranken liesse sich trotz der angewandten äussersten Vorsicht an eine Uebertragung durch die Hände oder durch Instrumente denken, diese Art der Uebertragung ist jedoch bei der dritten Erkrankung ausgeschlossen. Da sich eine örtliche Quelle für die Affektion nicht auffinden liess, so muss man annehmen, dass es sich beim ersten Patienten um einen selbstständig entstandenen Prozess handelte, wie er sich bei Knochenexfoliationen öfter findet, welcher durch die Vermittelung der Zimmerluft auf die beiden anderen Kranken übertragen wurde. — Am 3. März 1873 wurde ein Kadett mit heftigem Schnupfenfieber in das Anstaltslazareth aufgenommen, am 4. ein zweiter mit der gleichen Affektion. Am 5. März zeigte sich bei letzterem und zwei Tage später bei ersterem ein von der Nase über Backen, Stirne und Kopfhaut wanderndes Erysipelas faciei bullosum. Beide Knaben kamen erst im Krankenzimmer mit einander in Berührung und auch nur in die sehr indirekte durch die Zimmerluft. Da in diesem Zimmer Jahre lang vorher und auch nachher keine Erkrankung an Erysipelas vorgekommen ist und auch in der Stadt und ihrer Umgegend keine derartigen Erkrankungen sich vorfanden, muss man wohl auch in diesen Fällen von einem Genius epidemicus absehen. Die Uebertragung scheint durch die Zimmerluft auf den durch den exkoriirenden Katarrh dazu Disponirten stattgefunden zu haben. Auch in Strassburg hatte man beobachtet, dass das Rothlauf nur auf Kranke mit Kontinuitätstrennungen der Haut übertragen worden war, während die anderen davon frei blieben. — Diese Beobachtungen scheinen auf ein von den Erysipelatösen ausgehendes, durch die umgebende Luft sich verbreitendes Kontagium hinzudeuten. In den mitgetheilten Fällen betrug die Inkubationsdauer ungefähr drei Tage. (Schmidt's Jahrb. der gesammten Medizin, 1876, 11. Heft.) —

Die „Deutsche militärärztliche Zeitschrift" (1876, S. 447—463) bringt eine Arbeit von Dr. Bruberger „über die Exstirpation des Kropfes nebst einem geheilten Fall von Totalexstirpation einer grossen, mit breiter Basis aufsitzenden Struma hyperplastica und statistischen Bemerkungen". Nachdem der Verfasser ausgeführt, dass die Kropfexstirpation bis in die neueste Zeit nicht nur keiner Beliebtheit unter den Chirurgen sich erfreute, sondern fast allgemein verurtheilt wurde, berichtet er über die von E. Küster ausgeführte totale Ausschälung einer hyperplastischen Schilddrüse im Gewichte von 375 Grm. bei einem 18jährigen Manne, bei welchem das vergrösserte Organ die Trachea von beiden Seiten her so stark komprimirte, dass dadurch die hochgradigste Dyspnoe entstanden war. Die Operation war besonders dadurch sehr schwierig, dass Chloroform nur

ganz vorübergehend angewandt werden und der Patient nur eine sitzende Stellung ertragen konnte. Die Blutung war gering. Unter antiseptischem Verbande war die grosse Wunde in wenigen Tagen bis auf eine Fistel geheilt und konnte Patient am sechsten Tage aufstehen. Die Heilung ist eine definitive geblieben. — Weiterhin gibt Verf. eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Kropfexstirpationen. Von 82 Fällen, in welchen der ganze Kropf, wahrscheinlich aber nicht die ganze Schilddrüse, entfernt wurde, starben 28, von 17 Fällen von sicheren Totalexstirpationen starben 2, von 25 Partialexstirpationen starben 5. Demnach berechnet sich die Gesammtmortalität der Kropfexstirpationen auf 29 pCt. und scheint die Totalexstirpation der Schilddrüse, wenn auch schwieriger, doch nicht gefährlicher zu sein als eine partielle Ausschälung. Immerhin ist aber die letztere Operation geboten, wenn es sich nur um Entartung einzelner Drüsenlappen handelt. Aetiologisch sind diese theilweisen Erkrankungen bisher noch unklar. — Die Kropfexstirpation hinterlässt nach der Heilung keine Störung des Wohlbefindens. Der letale Ausgang wurde in den unglücklichen Fällen herbeigeführt entweder durch enormen Blutverlust während der Operation oder viel häufiger durch nachfolgende Entzündungen und Eitersenkungen. Auf letztere dürfte der antiseptische Verband nicht ohne günstigen Einfluss bleiben. Die Indikation sieht Bruberger in dem Auftreten von bedenklichen Druckerscheinungen auf die Nachbarorgane und will die von Lücke aufgestellten Kontraindikationen, nämlich eminente Grösse des Kropfes, breite Basis und zu tiefe Lage im Jugulum nicht absolut gelten lassen, weil drohende Suffokation einen selbst sehr gefährlichen Operationsversuch geboten erscheinen lasse. — Den Schluss der Arbeit bildet die Besprechung der bisher empfohlenen Operationsverfahren, welche alle einmal in geeigneten Fällen Verwendung finden können. —

Dr. Maas theilte beim fünften Chirurgenkongresse Versuche mit, nach welchen auch bei der Bildung des inneren Kallus dem Periost eine entscheidende Rolle zufällt. Wurden nämlich Bohrlöcher in der Kortikalis von Röhrenknochen nach Entfernung des umgebenden Periostes mit Platinplättchen verschlossen, so bildete sich in der Markhöhle kein Kallus. Dr. A. Bidder stellte mit Rücksicht auf die oft mangelhafte Kallusbildung nach der Knieresektion Experimente an zur Entscheidung der Frage, ob nach Zerstörung der Spongiosa, der Epiphyse und traumatischer Reizung des Knochenmarkes ohne gleichzeitige Verletzung des Periostes Knochenneubildung eintritt. Er bohrte bei eben erwachsenen Kaninchen nach Eröffnung des Kniegelenkes von der Gelenkfläche der Tibia aus durch die Epiphyse bis in die Markhöhle, entfernte von dem Bohrloche aus mittelst eines Löffels die Spongiosa der Epiphyse und einen Theil des Knochenmarkes, welches er in grosser Ausdehnung durch das Instrument verletzte, mit welchem er bis zur unteren Epiphyse eindrang. Die Hautwunde wurde vernäht und heilte, die Thiere wurden bald wieder munter. — Zwei Monate nach dem Eingriffe war der Befund folgender: Die herausgelöffelte Spongiosa der Epiphyse war durch Bindegewebe von gallertartigem Aussehen ersetzt, nirgends zeigte sich Knochenregeneration. Die Markhöhle war von blassem gelblichem Marke ausgefüllt (das der anderen Tibia sah frisch und dunkelroth aus), der Markkanal war eben so weit wie an der gesunden Tibia, die Kortikalis war nicht verdickt. Es dienen somit die Versuchsergebnisse Bidder's zur Unterstützung der Ansicht von Maas. (Wien. mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 2.) —

Die von Prof. Ebstein zu Göttingen mit dem salicylsauren Natron in einzelnen Fällen von Diabetes erzielten günstigen Erfolge veranlassten nun auch den Prof. Bartels zu Kiel, dasselbe Mittel in zwei chronischen Fällen von Diabetes mellitus, in welchen die verschiedensten vielfach gerühmten Medikamente, so auch die von Dr. v. Düring in Hamburg empfohlene und angepriesene Kur, nutzlos versucht worden waren, in Bezug auf seine Heilwirkung zu prüfen und kam er dabei zu folgenden Ergebnissen: 1) Das Natron salicylicum vermag die Symptome des Diabetes mellitus völlig zu beseitigen, doch scheint in vielen Fällen diese Wirkung keine dauernde zu sein; 2) die diabetischen Symptome werden durch das in Rede stehende Salz um so schneller zum Schwinden gebracht, in je höheren Dosen dasselbe angewandt und je länger es von dem Patienten vertragen wird; 3) bei mittleren Tagesdosen (9.0—10.0) scheint die anfängliche Einwirkung auf den diabetischen Pro-

zess allmählig nachzulassen, während hohe Tagesdosen (14.0—16.0) in progressiver Weise auf denselben wirken; 4) Natr. salicyl. kann beim Diabetes mellitus chronicus auch in hohen Tagesdosen längere Zeit hindurch ohne besondere Störungen des Allgemeinbefindens vertragen werden. Treten Intoxikations-Erscheinungen auf, so schwinden dieselben schnell und vollkommen schon nach kurzer Abstinenz von dem Medikamente; 5) das betreffende Mittel scheint beim Diabetes mellitus chronicus, selbst bei lange dauernder Einverleibung, auf die Nieren nur geringe irritirende Wirkung zu besitzen. — Wie man sich die physiologische Wirkungsweise des salicylsauren Natrons bei der Zuckerruhr zu denken hat, darüber vermag Verf. einen Aufschluss nicht zu geben. (Berl. klin. Wochenschr., 1877, Nr. 3 und 4.)

In der Berliner physiologischen Gesellschaft, Sitzung vom 22. Dezember v. Js., brachte Dr. G. Salomon „Beiträge zur Lehre von der Leukämie“ vor. Derselbe hat zwei Fälle reiner lienaler Leukämie, welche im städtischen allgemeinen Krankenhause zu Berlin beobachtet wurden und späterhin zur Obduktion kamen, zu Untersuchungen auf Glutin, Hypoxanthin, Milchsäure und einige andere Körper benutzt. In dem einen Falle wurden Milz, Blut und Harn, in dem anderen nur das Blut verarbeitet. Letzteres stammte in beiden Fällen aus der Leiche. Der Gang der Untersuchung war der von Salkowski eingeschlagene. Die 4930 Grm. schwere Milz enthielt Glutin, dessen Identität u. A. durch Darstellung von Glycocoll-Kupferoxyd bestätigt wurde; ausserdem Hypoxanthin (0.26 Grm.), Xanthin, Leucin und Tyrosin (0.808 Grm.). Die Harnsäure fehlte gänzlich, ebenso die Milchsäure, letztere vielleicht in Folge von Zersetzungsvorgängen. — In beiden Fällen wurden im Blute (1500 und 1000, resp. 560 und 1480 Cc.) relativ beträchtliche Mengen von Hypoxanthin, ausserdem Milchsäure, gefunden. Die Krystallwasserbestimmung (an den Zinksalzen vorgenommen) ergab beide Male Fleischmilchsäure; ein gleiches Resultat lieferte die in dem einen Falle ausgeführte Bestimmung des Zinkgehaltes. — Der Kontrole wegen wurden 3000 Cc. rein blutigen Pleuraergusses von einem Karzinomkranken ebenfalls auf Hypoxanthin und Milchsäure untersucht; beide waren darin vorhanden. Krystallwasser- und Zinkbestimmung wiesen auch hier Fleischmilchsäure nach. Hypoxanthin und Fleischmilchsäure sind also keine spezifischen Bestandtheile des leukämischen Blutes; ob sie im Blute des normalen Individuums erscheinen, muss dahingestellt bleiben. Vielleicht stammt die Fleischmilchsäure des Blutes unter Umständen aus den Muskeln, nicht immer aus der Milz, deren Vergrösserung ja keine nothwendige Vorbedingung für das Auftreten von Fleischmilchsäure im Blute zu sein scheint. Glutin wurde im Blute nicht gefunden. — Der Harn enthielt den von Salkowski beschriebenen, auch im normalen Urine vorkommenden hypoxanthinähnlichen Körper. Milchsäure konnte in drei Portionen von je 10,000 Cc. niemals nachgewiesen werden. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 4.)

Mit dem Mosso'schen Plethysmographen untersuchte S. v. Basch die Volumensveränderungen, die der ruhende Arm während vollster Körperruhe darbietet. Es erscheinen hierbei langgestreckte ungleichmässige Wellen, die einem rhythmischen An- und Ab-Schwellen des Armes entsprechen. Die Versuchsindividuen befanden sich während des Versuches in horizontaler ruhiger Lage im Bette, schliefen sogar ein, ohne dass die langen Wellen sich änderten. Diese Wellen kann Basch nicht, wie Mosso, auf Gefässkontraktionen, sondern auf Aenderungen in der Aortenspannung beziehen, denn ein synchronisches Erröthen oder Erblassen analog den Wellen war nicht zu beobachten. Diese Wellen scheinen den bekannten Traube-Hering'schen Kurven zu entsprechen. — Mehrere während des Schlafes aufgenommene Kurven zeigten im Beginne des Einschlafens ein deutliches Absinken der Kurve, welches indessen nicht länger als eine Minute dauert, um dann den obigen Traube-Hering'schen Wellen Platz zu machen. Der Verfasser bezieht dieses Absinken auf eine Erschlaffung des vasomotorischen Centrums, das Blut der Aorta fällt besonders die Unterleibsorgane, der Aortendruck sinkt und damit tritt die Volumsabnahme des Armes ein. Während geistiger Anstrengung in Versuchen an Aerzten ausgeführt hat Basch im Gegensatze zu Mosso keine Veränderungen des Armvolumens, jedenfalls keine Volumensverminderung eintreten sehen. — Basch untersuchte weiter das Verhalten des Armvolumens, wenn das Gefässgebiet des Splanchnicus durch Kom-

pression des Unterleibes bedeutend verengert wird und dadurch grössere Widerstände für den Abfluss des Aortenblutes geschaffen werden. Dieses Ausdrücken der Unterleibsorgane muss, wenn es der Splanchnicusreizung vergleichbar ist, einhergehen mit einer Vermehrung des Armvolumens, wie der Versuch in der That bestätigt. Den gleichen Effekt erzeugt die durch wirkliche Muskelaktion erzeugte Bauchpresse: eine Vermehrung des Armvolumens. Den umgekehrten Erfolg, eine Verminderung des Armvolumens, erzielt man bei Herabsetzung des intraabdominellen Druckes; nach Schatz ist dies zu erreichen durch Emporheben der Arme über den Kopf und durch Heben der Rippen vermittels des Pectoralis major; es folgt in Basch's Versuchen darauf stets eine Verminderung des Armvolumens. Die jetzt ausgeführten Versuche beweisen demnach, dass man aus der Vermehrung des Armvolumens eine Steigerung, aus der Verminderung desselben eine Erniedrigung des arteriellen Blutdruckes schliessen dürfe. (Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften, 1877, Nr. 4.)

In *Graefe's* Archiv, XXV, 2, S. 101 u. ff., veröffentlicht G. Stromeyer „Neue Untersuchungen über die Impf-Keratitis". Um den Antheil der Pilzelemente an der Entzündung der Hornhaut festzustellen, welche bei Einimpfung verschiedenartiger zersetzungsfähiger oder zersetzter Substanzen entsteht, bediente er sich künstlich gezogener Bakterienmassen, deren erste Keime auf faulem Muskelaufgusse gewonnen waren, und impfte sie in die Hornhaut von Kaninchen ein, indem bald mit der Discisionsnadel vertikale und horizontale Einritzungen gemacht, bald in der Hornhaut eine Art Tasche zwischen den Lamellen hergestellt, bald die Flüssigkeit direkt injizirt wurde. Es entstand hierdurch eine Entzündung, ganz ähnlich der Hypopyon-Keratitis des Menschen, unterschieden aber von den durch Impfung mit einfach septischen oder spezifischen Stoffen verursachten Entzündungen darin, dass sie nach kurzem typischen Verlaufe regelmässig spontan rückgängig wurde. Eine totale Vernichtung der Kornea oder gar Panophthalmie wird daher hier nicht beobachtet. Werden künstlich gezogene Bakterienmassen in die vordere Kammer injizirt, so entsteht eine heftige adhäsive Iritis, im Verlaufe und Ausgange von derjenigen bei Impfung der Kornea mit dem gleichen Materiale nicht wesentlich verschieden. Durch eine grössere Reihe vergleichender Versuche konnte festgestellt werden, dass die zur Erzeugung der Bakterien verwandte Nährflüssigkeit (phosphorsaures Kali 0.1, schwefelsaure Magnesia 0.1, dreibasisch phosphorsaurer Kalk 0.01, weinsaures Ammoniak 0.4 und destillirtes Wasser 200.0) weder bei Einspritzungen in die Hornhaut noch in die vordere Kammer nennenswerthe Reaktionen in der Verdünnung hervorruft, in welcher sie zur Entwicklung der Pilze noch hinreichendes Nährmaterial besitzt. Durch längeres Kochen wird die Lebensfähigkeit der Bakterien und damit der schädliche Einfluss der Impfungen überhaupt aufgehoben. Was die Weiterverbreitung der entzündungserregenden Stoffe anlangt, so zeigte es sich, dass vom Konjunktivalsacke, in welchen man längere Zeit Tropfen zersetzter Flüssigkeit einträufelte, keine Resorption stattfindet, ferner dass auch eine Vermittlung durch die vordere Kammer ausgeschlossen erscheint, da Humor aqueus und Hypopyon-Eiter eines entzündeten Auges sich nicht wirkungsfähig bei der Injektion in die Vorderkammer eines anderen Thieres zeigten. Mikroskopisch konnten massenhafte Anhäufungen von Pilzelementen als Ursache eines Theiles der makroskopisch sichtbaren Veränderungen in der entzündeten Hornhaut nachgewiesen werden. Zum Schlusse wurde konstatirt, dass die Salicylsäure bei der Pilzkeratitis nutzlos sei. —

In der von den Franzosen mit „Athrepsie des nouveau-nés" benannten Krankheit, welcher nach unserer Nomenklatur die Bezeichnung „Atrophie in Folge von Dyspepsie" entsprechen dürfte, und von welcher sie eine akute und eine chronische Form und in jeder derselben drei Stadien — l'état gastro-intestinale, hématique und encéphalopathique — unterscheiden, wollen die DD. J. Parrot und A. Robin („Études cliniques sur l'urine des nouveau-nés dans l'athrepsie") konstant eine nur dieser Krankheit eigenthümliche Beschaffenheit des Urins gefunden haben, welche in zweifelhaften Fällen die Diagnose sichern kann und welche nur dann in anderen krankhaften Zuständen gefunden wird, wenn sie mit der Athrepsie komplizirt sind. — Der Urin ist immer gefärbt, vom hellen Citronengelb bis zum allertiefsten Gelb; sein Geruch ist fade, eckelhaft, aromatisch, mehr oder weniger stark urinös; die Quantität immer ver-

ringert, indem sie in der chronischen Form oft nur 8—10 Cc., in der akuten 5 Cc. beträgt; das spezifische Gewicht ist 1009—1012.5. Der Harn ist immer trübe oder milchig und nur am Schlusse sehr chronischer Fälle sowie in denjenigen, welche in Genesung übergehen, ist er klar. Das fast immer vorhandene Sediment enthält verschieden geformte Cylinder, fettige Elemente mit gefärbtem Kerne, Schleim, gefärbte Harnsäure, harnsaure Salze in krystallinischem oder gepulvertem Zustande, Pigment u. s. w. Die Reaktion ist immer sauer, oft sehr sauer; die Menge des Harnstoffes bedeutend vermehrt, im Mittel 8.49 Grm. im Liter oder 3.20 Grm. im Kilo betragend. Harnsäure findet sich in bemerkenswerther Menge, ebenso sind die Farb- und Extraktiv-Stoffe vermehrt. Albumen findet sich stets vor, wenn auch in wechselnder Menge; Zuckergehalt ist häufig nachzuweisen. Die Menge der Chlorverbindungen beläuft sich im Mittel auf 3.9—3.28 Grm. und die der Phosphate auf 2.24—0.95 Grm. (Arch. gén., 1876, S. 129—292.)

Dr. Adolf Weber in Darmstadt hat schon 1867 festgestellt, dass die vordere Augenkammer und der Glaskörperraum unter verschiedenem hydrostatischen Drucke stehen. Die Scheidewand zwischen beiden wird gebildet von der Linse sammt ihrem Aufhängeband wie auch von der Iris. In der Norm ist die Spannung der Hornhaut geringer als die der Sclera. Atropineinträufelung setzt im gesunden Auge, wenn überhaupt, so nur im Glaskörper den Druck herab, während es den Druck in der Vorderkammer stets etwas über seine frühere Höhe erhebt. Kalabareinträufelung erhöht den Druck nur im Glaskörperraume, erniedrigt denselben aber in der Vorderkammer um ein Ansehnliches. Durch Kalabar wird die Pupille verengt; indem die in der Norm leicht zellförmig nach vorne erhobene Iris hierbei in die Basis ihrer Kuppel zurückzutreten strebt, unterstützt sie die Tragkraft der Zonula und vermindert den Ueberdruck, welcher sonst vom Glaskörper her auf den Inhalt der Vorderkammer fortgepflanzt wird. Dadurch wird der Druck im hinteren Augenraume vermehrt, zumal die Ciliarfortsätze nach Anwendung von Kalabar anschwellen, wie man an iridektomirten Augen deutlich wahrnimmt. Hieraus folgen die therapeutischen Anwendungen des Kalabar: 1) Bei Keratocele (blasiger Hervorwölbung der hinteren Hornhautschichten nach ulzeröser Zerstörung der vorderen). 2) Bei Cornea conica. 3) Bei alten Hornhautflecken, bei welchen eine wochenlange Anwendung nothwendig ist. 4) Bei tiefgreifenden Hornhautulzerationen, bei welchen das Kalabar seine grössten Triumphe feiert, während bei oberflächlichen vaskularisirten Hornhautgeschwüren Atropin vorzuziehen ist. 5) Bei Glaukoma, wie auch Laqueur beobachtet hat; eine Form desselben beruht auf einer Vordrängung des Ciliaransatzes der Iris gegen die Hornhautperipherie, so dass das Ligamentum pectinatum verödet und der Filtrationsvorgang der Augenflüssigkeiten nach aussen gehemmt ist. 6) Bei peripherem Irisvorfalle, nach Staar- und Glaukom-Operation. — Weit wirksamer als Kalabarextrakt ist eine einprozentige Lösung des schwefelsauren Eserin, welches aus ersterem gewonnen wird. (Arch. f. Ophthalm., XXII, 4, p. 214—232.) —

Nach Virchow sind bei Hirnsyphili am häufigsten die Nerven in der Umgebun der Sella turcica betheiligt (Olfactorius, Opticus, Oculomotorius, Trochlearis, Abducens Trigeminus); v. Graefe fand syphilitisch Tumoren an der Basis cranii um die Optic herum oder vom Pons bis zum vorderen End des Sehnerven reichend. Barbar fand di Sehnerven geröthet und verdickt, bei mikro skopischer Untersuchung das interstitiell Bindegewebe geschwollen und von Granula tionszellen durchsetzt, die Nervenfasern z Grunde gegangen und das Perineurium hyper trophisch; in der Papilla optica Hypertrophi des Stützgewebes neben Hyperämie und Ex travasaten. Schott fand in einem Falle, b einer 26jähr. Dienstmagd, den rechten Seh nerven vom Chiasma an bis gegen das Fora men opticum hin auf das Doppelte verdick das interstitielle Bindegewebe verdickt durc dichtgedrängte kleine Zellen, die Nervenfaser unverändert; auch in der rechten Hälfte d Chiasma und im rechten Tractus opticus d Zellen der Neuroglia vergrössert und ve mehrt. Ferner fand er bei einem 42jäh Gensdarm, der unter den Erscheinungen d Aphasie und der Lähmung der rechten Kö perhälfte gestorben war, eine bedeuten Schwellung der linken Hirnhälfte und, d Markleisten eingelagert, mehrere rundlic erbsen- bis haselnussgrosse derbe blassgel Tumoren mit umgebender Erweichung; ei ähnliche kastaniengrosse Geschwulst im link

Streifenhügel bis zur Fossa Sylvii und eine im Bereiche des Linsen- und Mandelkernes. Der linke Sehnerv ist vom Chiasma bis zum Foramen opticum bedeutend verdickt. Die mikroskopische Untersuchung zeigt ödematöse Schwellung des interstitiellen Bindegewebes und der Nervenfasern, welche breiter und stellenweise varikös erscheinen; ferner nicht sehr zahlreiche Fettkörnchenzellen. Die Papilla optica ist erheblich angeschwollen. (Arch. f. Augen- u. Ohrenheilk., V, 2, p. 409—423.)

A. Pitres wiederholte die Zahn'schen Untersuchungen über Bildung und Struktur der Thromben. Er experimentirte am Mesenterium und an der Lunge des Frosches, aber auch an Hunden und Kaninchen. Die Thromben, welche die Blutung zum Stillstande bringen, bestehen aus mehreren Schichten. Dieselben haben eine verschiedene Wichtigkeit und histologische Beschaffenheit. Die äussere Schichte ist einfaches Koagulum des extravasirten Blutes. Sie hat für die Blutstillung nur eine nebensächliche Bedeutung. Die weisse Schichte ist die für die Blutstillung wichtigste. Sie besteht aus einer sehr grossen Menge weisser Blutkörperchen, die dicht mit einander verklebt sind. Dieser Pfropf verstopft das Loch im Gefässe und hält dem andringenden Blute Stand. Der innere Thrombus hat mit der Blutstillung direkt nichts zu schaffen. Er ist sekundäres Produkt und entsteht bei vollkommener Stase, wenn Plasma, Blutkörperchen und Gefässwand verändert sind. (Arch. de physiol. norm. et pathol., 1876.) —

H. Banga gesteht von den vier heute zu Tage herrschenden Theorieen über die Aetiologie des Klumpfusses der neuromyopathischen von Duchenne am wenigsten Wahrscheinlichkeit zu, erklärt die Eschricht'sche Hemmungstheorie und die Hüter'sche Ansicht der fehlerhaften Gelenkanlage bezüglich des kausalen Momentes für nicht weitgreifend genug und bringt schliesslich für die Volkmann'sche Drucktheorie weitere Belege. Die Enge des Uterusraumes in Folge mangelnden Fruchtwassers bilde das Grundprinzip der Drucktheorie so wie die normale intrauterine Haltung des Fötus. In diesem Falle träfe die drückende Innenfläche des Uterus bei der bekannten Haltung des Fötus die Kleinzehenballen, so dass der ausweichende Fuss noch mehr supinirt und abduzirt werden müsse; nothwendig resultire dabei auch eine gewisse Plantarflexion — also im Ganzen der gewöhnliche Klumpfuss. Bei dieser Voraussetzung liesse sich auch die Volkmann'sche Druckschwiele am äusseren Knöchel des Unterschenkels, der prominenteste und am meisten umschriebene Theil am unteren Rumpfende, erklären. Für diese von ihm verfochtene Theorie bringt Banga klinische Beweise in Form zweier von ihm beobachteter hier einschlägiger Geburtsfälle. Beide Male fehlte das Fruchtwasser fast vollständig, waren schwielige Druckspuren an den äusseren Knöcheln und an der Rolle des Sprungbeines vorhanden sowie eine Hydrocele, die offenbar ihren Grund in der Kompression des Peritonealfortsatzes gegen das resistente Schambein von Seiten der Ferse hat. Da nun bekanntlich erst vom fünften Monate ab der Kubikinhalt des Fötus den des Fruchtwassers in seiner Zunahme relativ und absolut übertrifft, so behauptet Banga entgegen der Hüter'schen Annahme, dass die Klumpfussbildung erst nach der Mitte des Uterinlebens des Fötus beginne. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. 7, S. 374.) —

Das erste Heft des zweiten Jahrganges der „Rivista spirimentale di Freniatria e di Medicina legale" (herausgegeben von Professor Carlo Livi unter Redaktion von Augusto Tamburini und Cesare Trebbi) [1876] enthält einen interessanten Aufsatz von Prof. Schiff zu Florenz „über die angeblichen motorischen Centren in den Grosshirnhemisphären". Verfasser nimmt hier sowohl mit Rücksicht auf die meisten früher angenommenen Lokalcentren im Rückenmarke und Gehirne, wie auf die sogenannten motorischen Centren von Hitzig und Fritsch den Standpunkt ein, dass man nach ihm zum Nachweise eines „Centrums" sich nicht der Reizungsmethode bedienen dürfe; der positive Effekt der Reizung beweise vielmehr, dass man es nicht mit einem Centrum, sondern mit einem peripherischen Theile zu thun habe. Nur die isolirte Durchschneidung oder Zerstörung liefern demnach entscheidende Resultate; und diese ergaben bei den fraglichen Abschnitten der Grosshirnrinde, dass niemals Lähmungen, sondern nur Sensibilitätsstörungen zurückbleiben. Diese sogenannten „Centren" können also nicht motorischer Art sein, die bei der galvanischen Reizung der-

selben eintretenden Zuckungen sind nach Schiff wahrscheinlich oberflächlichen Ursprunges! —

Dr. C. Sédillot empfiehlt auf Grund einer nicht unanfechtbaren Statistik, welche auf 106 aus der Literatur zusammengesetzten Fällen aufgebaut ist, die Trepanation bei allen Splitterbrüchen der Glastafel. Nach dieser Statistik ergibt die besten Resultate die prophylaktische Trepanation, welche noch vor dem Auftreten von Gehirnerscheinungen gemacht wird, entschieden schlechtere die kurative Trepanation zur Zeit des Auftretens von Gehirnerscheinungen oder noch später, während von 29 nicht Trepanirten nur einer unvollkommen geheilt wurde. Die Schwierigkeit liegt nur in der Diagnose eines solchen Bruches, besonders dann, wenn die äussere Tafel nur einen Sprung zeigt oder nur kontundirt ist. Die Schusskontusionen des Schädels geniessen in dieser Hinsicht eines ganz besonders schlechten Rufes. Vielleicht wird die Auskultation durch Perkussion des Schädels ein werthvolles Hilfsmittel werden können; vorläufig aber empfiehlt sich in allen zweifelhaften Fällen die explorative Trepanation. Ungünstigen Spitalverhältnissen wird man dabei durch antiseptischen Verband entgegentreten können; denn nur die Spitalverhältnisse haben es verschuldet, dass die Trepanationsfrage in unserem Jahrhunderte so merkwürdige Abweichungen von den althergebrachten Anschauungen aufzuweisen hat. Die moderne Chirurgie ist auf dem Wege, zu den Vorschriften des Hippokrates zurückzukehren. (Compt. rend., Bd. 83, S. 555.) —

Beobachtungen über Verbrühung durch Dampf machte Dr. Wilkins Smarth bei Behandlung der Opfer der furchtbaren Dampfkessel-Explosion auf dem englischen Kriegsschiff Thunderer am 14. Juli v. J., wobei von 80 Mann 45 umkamen und 35 in Lazarethbehandlung übergeführt wurden. — Abweichend von Verbrennungen durch Pulverexplosion trat die Verschwärung tiefer gelegener Partieen sehr selten ein und folgte erysipelatöse Entzündung in gleicher Seltenheit — dagegen war die primäre Mortalität bei Dampf-Verbrühung bedeutend grösser denn bei der Verbrennung durch Pulverexplosion, wohl wegen der grösseren Ausdehnung der Verbrennung. Für sekundäre Mortalitätshöhe trat wieder die Pulverexplosion wegen grösserer Tiefe der erzeugten Wunden in den Vordergrund. Wird die Oberfläche des Körpers zu 2300—2400 Quadratzoll angenommen, so erwies sich eine Ausdehnung der Verbrennung auf 250 Quadratzoll bei Pulverexplosion für eben so letal als 350 Quadratzoll bei Dampfexplosion. Die angewandte Methode der Behandlung zeigte sich als äusserst günstig sowohl zur Erhaltung des Lebens als auch zur völligen Verhinderung entstellender Narben und verdient daher Beachtung. Dieselbe bestand in der Applikation von Oel und Kalkwasser auf Watte bis zum 4. oder 5. Tage, an den Gliedern wurde dies meist für längere Zeit fortgesetzt. Sobald aber Eiterung im Gesichte, am Halse oder Nacken, den oberen Brusttheilen sich einstellte, wurden unter Weglassung feuchter Verbände die Theile mit Karbolöl gewaschen und alsdann mit einer Mischung von 1 Theil Zinkoxyd, 1 Thl. Magnesia carbonica und 2 Thl. gepulverter Stärke bestreut überall da, wo etwa Feuchtigkeit zum Vorschein kam. Die natürlichen Gesichtsöffnungen wurden sorgfältigst geschont. Dieses hauptsächlich auf Abschluss der Luft zielende Verfahren erwies sich auch an einzelnen grösseren Wunden an Unterarmen und Händen von gleich befriedigendem Erfolge zur raschen Heilung und Verhinderung jeder Kontraktion. Smarth möchte dasselbe deshalb auch für Variola confluens wenigstens für die exponirten Theile, empfehlen. (The brit. med. Journal., 1876, Sept., 23.

Bei einer Familie, welche in der Nähe eines Platzes wohnte, auf dem 12 Jahre zuvor eine Bleiweissfabrik gestanden hatte, stellten sich die Symptome einer Bleivergiftung ein. Dr. de Loos untersuchte einige Exemplare der in der Umgebung des Hauses wachsenden und von der Familie benützten Gemüse und fand in einer rothen Rübe, welche 650 Grm. wog, ca. 0.0 Blei, in sechs Moorrüben, welche zusammen 272 Grm. wogen, 0.0175 Blei; ebenso fand sich dieses Metall im Endiviensalate. (Berl. klin. Wochenschr., 1876, Nr. 43.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 8. *Erlangen*, am 25. Februar 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 9 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Hemmung epileptischer Anfälle. Haben willkürliche Aenderungen der Athmung Einfluss auf den Stoffwechsel? Ueber Synovitis fungosa. Morphium zur Verhütung unangenehmer Zufälle bei der Chloroformnarkose. Die Urzeugung kleinster Organismen. Lebercirrhose durch Unwegsamkeit des Ductus choledochus. Ueber Stenosen der grossen Luftwege. Gegen Krup. Fälle von Rheumatoid bei Bronchiektasie. Bestandtheile der im normalen Harne nach einigem Stehen auftretenden Trübung.

Prof. H. Nothnagel zu Jena berichtet über „Hemmung epileptischer Anfälle“ und theilt dabei folgende Beobachtung mit, um die Prüfung der praktischen Tragweite derselben seitens der Aerzte anzuregen: Frau Gl., 37 Jahre alt, Arbeiterin, leidet an Epilepsie. Ihre Mutter war viel mit Kopfschmerzen behaftet gewesen, deren Schwester litt auch an Epilepsie. Patientin will in ihrer Kindheit gesund gewesen sein. In ihrem 18. Lebensjahre bekam sie in Folge heftiger Gemüthserregung den ersten epileptischen Anfall. Seitdem, also jetzt seit 19 Jahren, haben sich die Anfälle von Zeit zu Zeit immer wiederholt, meist in längeren, $^1/_4$—$^1/_2$jährigen Zwischenräumen, zuweilen aber auch nach nur vierwöchentlicher Pause. Der Charakter der Insulte ist der einer Epilepsia gravior, mit Bewusstseinsverlust verbundene allgemeine Konvulsionen mit Zerbeissen der Zunge u. s. w. Nach dem Krampfanfalle liegt die Patientin noch einige Stunden schlafend, dann ist der normale Zustand wieder da. Intervalläre Erscheinungen sind gar nie vorgekommen und auch jetzt nicht vorhanden. Die geistigen Fähigkeiten haben nicht gelitten. Jeder einzelne Insult wird regelmässig durch eine Aura eingeleitet. Dieselbe beginnt gewöhnlich eine Viertel- bis Halbe-Stunde vor dem Eintritte der Bewusstlosigkeit und der allgemeinen Konvulsionen; selten länger, aber auch eben so selten kürzer vorher, etwa nur wenige Minuten. Diese Vorboten bestehen in Folgendem: Die Kranke verspürt eine nicht näher zu beschreibende Beängstigung, ein ganz eigenthümliches beklemmendes Gefühl, als dessen Sitz und Ausgangspunkt sie das Epigastrium bezeichnet. Diese unnennbare Empfindung steigt dann gleichsam hinter dem Brustbeine bis zum Halse empor und die Kranke muss beschleunigt und seufzend athmen; dann geht die Sensation wieder abwärts und dies kann sich noch einige Male wiederholen, bis „es endlich zum Kopfe hinaufsteigt“. Dieser wird nach der rechten Seite gedreht, dann verliert sie das Bewusstsein und die Konvulsionen brechen aus. Einige ganz vereinzelte Male ist es vorgekommen, dass die ersten Anfänge dieser Sensation erschienen, ohne dass sich ein Anfall anschloss. Die Kranke behauptet aber auf das Bestimmteste, dass sie an der Intensität und dem Auf- und Absteigen der Sensation einen ganz sicheren Anhaltspunkt dafür habe, ob ein Paroxysmus kommen werde oder nicht. Die wenigen Male, als der Anfall ausblieb, blieb die Sensation auf das Epigastrium beschränkt und von ganz geringer Intensität. Nun hat die Patientin aber ein Mittel ausfindig gemacht, um auch bei der starken Aura, wenn sich ihrer Erfahrung nach mit Sicherheit ein Anfall erwarten lässt, diesen zu unterdrücken: Es war ihr einst irgendwo von einer Frau der Rath gegeben worden, wenn sie diese Empfindungen und das Herannahen des Anfalles verspüre, doch Salz (Kochsalz) zu verschlucken. Patientin that dies und der Anfall blieb aus. Seit jener Zeit vermag die Kranke, wie sie

sagt, mit Sicherheit jeden Anfall zu unterdrücken, sobald sie in gehöriger Weise Salz nimmt. Ist sie nicht in der Lage, dies thun zu können, wird sie von den Vorboten überrascht, ohne Salz in dem Augenblicke beschaffen zu können, so kommt der Anfall zum Ausbruche; der letzte ereignete sich auf solche Weise in der Kirche. — Die Kranke nimmt das Salz in den Mund und spült es mit etwas Wasser hinunter, wie sie sich ausdrückt; sie verspürt dabei ordentlich, wie in demselben Maasse, als die brennende Empfindung des Salzes im Oesophagus abwärts steigt, die Beängstigung umkehrt. Ein Theelöffel oder halber Theelöffel genügt nicht oder nur ausnahmsweise; meist steckt sie einfach eine „Handvoll" Salz in den Mund. — Dass es zuweilen gelingt, durch periphere Reize den Ausbruch eines epileptischen Anfalles zu verhüten, ist längst bekannt und besitzen wir für diese Thatsache nicht nur experimentelle Belege, sondern auch einzelne Beobachtungen an Kranken. In ersterer Beziehung erinnert Nothnagel an die Untersuchungen Brown-Séquard's, welcher fand, dass man bei den durch Rückenmarksverletzungen epileptisch gemachten Meerschweinchen den beginnenden Anfall, der mit einer Kopfdrehung nach der Seite der Verletzung hin eingeleitet wird, durch eine energische Drehung des Kopfes nach der anderen Seite, ebenso aber auch durch energische Quetschung u. dgl. der Haut im Bereiche der epileptogenen Zone unterdrücken kann. Eine weitere Angabe desselben Forschers, dass die Unterdrückung auch durch die Applikation eines kräftigen Kohlensäurestromes auf die Rachenschleimhaut herbeigeführt werden kann, wird allerdings bezüglich ihrer thatsächlichen Richtigkeit von Filehne bestritten. — Ganz bekannt und unbezweifelt sind einzelne Beobachtungen, nach welchen Kranke durch energische periphere Reize den Anfall unterdrücken können. Meist handelt es sich um Fälle, bei welchen der Insult mit Erscheinungen in peripheren Nervenbahnen sich einleitet. Ob diese Erscheinungen motorischer, sensibler oder vasomotorischer Art sind, scheint gleichgiltig zu sein. Die am meisten zur Unterdrückung des Insultes angewendete Manipulation ist die Umschnürung der Extremität, in welcher die abnormen Erscheinungen (die Aura) sich zeigen; ferner die gewaltsame Streckung der Finger z. B. bei beginnender krampfhafter Flexion u. s. w. — Eine Beobachtung indess wie die vorstehende, dass bei einer nicht im Bereiche einer Extremität auftretenden Aura durch einen energischen sensiblen Reiz die Hemmung des Anfalles bewerkstelligt wird, ist, soweit dem Verfasser bekannt, noch nicht mitgetheilt. Wenn es sich auch nicht mit Sicherheit beweisen lässt, so macht es das Erscheinungsbild doch sehr wahrscheinlich, dass der anatomische Sitz der abnormen Sensationen vor dem Anfalle bei der oben erwähnten Patientin im Vagus zu suchen sein dürfte; dafür sprechen die Lokalisation der Empfindungen und die hinzutretenden respiratorischen Erscheinungen. Die energische sensible Reizung, welche durch das Verschlucken einer grösseren Menge Kochsalz bewerkstelligt wird, trifft nun ebenfalls in Speiseröhre und Magen die Endigungen des Vagus, so dass wir ganz den analogen Vorgang haben, wie bei einer Aura in der Extremität und dem Umschnüren dieser. Wie Nothnagel dies schon früher angedeutet hat, fasst er diese Unterdrückung des epileptischen Reizes so auf, dass es sich hier, wie bei verschiedenen anderen analogen pathologischen Fällen, um eine einfache „Reflexhemmung" in dem Sinne, wie Schiff, Herzen, Goltz und Frensberg dieselbe ansehen, handelt, und hat er gleichfalls in einer früheren Mittheilung dargelegt, dass die Auffassung der genannten Physiologen für die Erklärung der unter pathologischen Verhältnissen zu beobachtenden Reflexhemmung ihm auszureichen scheint. (Allg. mediz. Centralzeitung, 1877, 10.) —

Ueber die Frage, ob willkürliche Aenderungen der Athmung Einfluss haben auf den Stoffwechsel, liegt eine Abhandlung von Prof. E. Pflüger vor (vgl. dessen Archiv, XIV S. 1—38), welche sich vorwiegend mit kritischer Untersuchung der bisher über die in Rede stehende Frage veröffentlichten Angaben befasst. Lavoisier und Seguin haben bereits erkannt, dass die Menge des vom Thiere verbrauchten Sauerstoffes nicht wächst, wenn man die Thiere in ein sauerstoffreiches Gasgemenge bringt, dass die Sauerstoffaufnahme vielmehr von dem Sauerstoffgehalte der umgebenden Luft ganz unabhängig ist. Genauer festgestellt wurde diese Thatsache von Regnault und Reiset. Dohmen zeigte nun in einer unter der Leitung Pflüger's ausgeführten Arbeit, dass ein Thier in reinem Sauerstoff nur um ein Ge-

ringes schwächer athmet wie in atmosphärischer Luft; man kann demnach als festgestellt ansehen, dass die Intensität der inneren Verbrennung im Thierkörper bei Sauerstoffathmung dieselbe bleibt. — Nachdem Lothar Meyer entdeckt hatte, dass der Sauerstoff im Blute chemisch gebunden sei, schien die Erklärung für diese Unabhängigkeit der Oxydationsenergie von dem Partialdrucke des Sauerstoffes eine sehr einfache zu sein; wenn das Arterienblut immer mit gleichem Sauerstoffgehalte den Organen zugeführt wird, so muss auch die Oxydation ceteris paribus unverändert bleiben. Allein das arterielle Blut ist nicht vollständig mit Sauerstoff gesättigt, man kann aber annehmen, dass dies beim Athmen im Sauerstoff der Fall ist und doch steigt die Oxydation nicht. Aus dieser Thatsache folgt indess andererseits nicht ohne Weiteres, dass die Oxydation unabhängig ist von dem Partialdrucke des Sauerstoffs in den Geweben, denn es lag noch die Möglichkeit vor, dass das venöse Blut wegen Verlangsamung des Blutstromes (in den Apnoe-Versuchen) venöser war wie vorher. Beweisend sind die Versuche, bei welchen während der Apnoe die Venen hellrothes Blut enthalten; unter diesen Verhältnissen ist sicher die Sauerstoffspannung in den Geweben vergrössert; derartige Versuche sind von Finkler und Oestmann angestellt. Pflüger selbst hat schon früher eine Reihe von Versuchen ausgeführt, aber bisher nicht mitgetheilt, bei welchen die Sauerstoffverbrennung und die Kohlensäurebildung in regelmässig abwechselnden Perioden von Apnoe und gewöhnlicher Athmung bestimmt wurden; die Kaninchen athmeten durch eine Trachealkanüle aus einem mit Sauerstoff gefüllten graduirten Spirometer. Die Exspirationsluft ging durch Kalilauge, welche die Kohlensäure absorbirte. Durch Auf- und Niederdrücken des Sauerstoffbehälters wurden die Thiere in wenigen Sekunden apnoisch. Im Mittel aus einer grossen Anzahl von Versuchen ergab sich für 15 Minuten Versuchszeit die Sauerstoffaufnahme zu

	Normales Athmen.	Apnoe.
Serie I.	201.66 Cc.	203.88 Cc.
Serie II.	208.21 Cc.	210.47 Cc.

Die Sauerstoffaufnahme ist also bei energischer Lüftung nicht grösser wie bei gewöhnlichem Athmen. Für die Kohlensäure ergab sich

	Normales Athmen.	Apnoe.
Serie I.	140.5	200.83
Serie II.	144.89	210.01.

Die ausgeschiedenen Kohlensäure-Mengen stehen bei normalem Athmen und bei Apnoe im Verhältnisse von 2:3. Die Vermehrung bei der Apnoe ist durch die energische Ventilation in der Lunge zu erklären, welche natürlich die Diffusion begünstigt. — Die bisherigen Experimentatoren haben sich zur Entscheidung der Frage mit der Bestimmung der Kohlensäure in der Exspirationsluft begnügt. Der Schluss, dass eine Vermehrung der Kohlensäure-Ausscheidung in einer bestimmten Zeiteinheit von einer vermehrten Bildung abhängig ist, lässt sich indessen nur mit grosser Vorsicht annehmen. Eine stärkere Ventilation der Lunge muss nothwendig wegen der Begünstigung der Diffusionsverhältnisse eine stärkere Abgabe fertig gebildeter Kohlensäure zur Folge haben. Beim Sinken des Kohlensäuregehaltes der Luft in den Alveolen zersetzen sich lockere Verbindungen der Kohlensäure, welche unter den gewöhnlichen Verhältnissen zusammenhalten. Dazu kommt die wechselnde Säurebildung in den Organen, welche die Menge der locker gebundenen Kohlensäure bald verkleinert, bald vergrössert. Die Sauerstoffabsorption ist ein viel zuverlässigeres Mittel zur Beurtheilung der Energie des Stoffwechsels: die Absorption des Sauerstoffes durch Flüssigkeit ist nur gering und es gibt nur eine Substanz im Organismus, welche Sauerstoff locker bindet (das Hämoglobin), wir kennen die Menge dieser Substanz, sowie die Gesetze und Bedingungen ihrer Sättigung mit Sauerstoff, während alle diese Fragen für die Kohlensäure der festen Unterlagen zur Beurtheilung entbehren. Pflüger gibt sodann eine ausführliche Kritik der bisher über die vorliegende Frage ausgeführten Untersuchungen, die nur in ihren Hauptzügen wiedergegeben werden kann. Es liegen Untersuchungen vor von Voit und Lossen und von E. Berg, unter Vogel's Leitung ausgeführt. Voit und Lossen kommen zu dem Gesetze, dass bei Steigerung der Respirationsfrequenz ohne besondere Rücksichtnahme auf die Tiefe der Inspiration die absolute Menge der produzirten Kohlensäure abnimmt. Pflüger weist dagegen aus den Versuchsprotokollen von Voit und Lossen nach, dass die innerhalb 15 Minuten an verschiedenen Tagen bei demselben Athemtypus ausgeathmeten Kohlensäuremengen unter Umständen mehr von einander differiren, nämlich um 1.57 Grm., als diejenigen Werthe, welche bei fünf Athemzügen in der Minute einerseits und 60 Athemzügen andererseits erhalten wurden. Pflüger wirft dem Verfasser ferner

vor, dass auf die unter ganz normalen Verhältnissen vorkommenden Schwankungen der Kohlensäureausscheidung nicht Rücksicht genommen, auch der Einfluss der bei Aenderung des Athemtypus konkurrirenden Muskelbewegungen sowie die Temperatur der Umgebung nicht beachtet sind. Pflüger führt die Differenzen auf diese komplizirenden Nebenumstände zurück und ist der Ansicht, dass die Versuche vielleicht ein anderes Resultat gegeben hätten, wenn Lossen auf Perioden frequenter Athmung nur solche langsamen Athmens hätte folgen lassen. Er erklärt es fernerhin für unzulässig, aus der angeblich verminderten Kohlensäureabgabe bei vermehrter Frequenz auf eine verminderte Kohlensäurebildung zu schliessen. Lossen findet ferner, dass die Kohlensäuremenge zunimmt, wenn bei wachsender Frequenz die normale Athemtiefe beibehalten wird. Auch diesen Versuchen hält Pflüger entgegen, dass die erhaltenen Differenzen viel zu geringfügig sind und der Fehlergränze zu nahe liegen, um etwas zu beweisen. Der einzige Schluss, den Lossen aus seinen Versuchen hätte machen können, wäre nach Pflüger der gewesen: die Athemmechanik hat keinen Einfluss auf die Oxydation. — Zu dem genau entgegengesetzten Resultate ist Berg gekommen: bei ihm nahm die Kohlensäure-Ausscheidung bei grösserer Athemfrequenz zu. Kombinirt man die Mittelzahlen von Lossen und Berg, so erhält man ausgeschiedene Kohlensäure in Grm. (in 15 Minuten) bei fünf Athemzügen in der Minute 7.836, bei 60 Athemzügen 7.868. Pflüger schliesst die Abhandlung mit den Worten: „Die Athemmechanik hat keinen Einfluss auf die Grösse des Gesammtstoffwechsels". —

Zwei Formen der Synovitis fungosa sind es, bei welchen man mit den gewöhnlichen Methoden der Behandlung des Tumor albus nicht recht von der Stelle kommt: diejenige, bei welcher frühzeitig Erguss in's Gelenk und Drüsenanschwellung erfolgt, und diejenige, welche als Ostitis in den Gelenkenden auftritt. Die letztere kennzeichnet sich namentlich durch circumscripte, genau lokalisirte Empfindlichkeit gegen Druck und frühzeitige Abszedirung und Fistelbildung; bisweilen besteht auch noch Auftreibung des Knochens dabei. Als radikalste Therapie für solche Fälle gilt die Resektion — sie ist mit den heutigen Hilfsmitteln und unter Benutzung der antiseptischen Verbandmethode eine wenig gefährliche Operation (von 49 Resektionen grosser Gelenke auf der Berner Klinik endeten drei letal). Betont muss werden, dass die Resektionen allerdings bisweilen nicht zu umgehen sind, dass aber funktionell bessere Resultate auf andere Weise erzielt werden können. — Prof. Kocher zu Bern wendet seit drei Jahren statt der sonst gebräuchlichen Behandlungsweise das Evidement (Auskratzen mit dem scharfen Löffel und der nachfolgenden Kauterisation — die Ignipunktur an und ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden. Er legt das kranke Gelenkende unter Beobachtung aller Vorsichtsmassregeln der antiseptischen Methode durch einen Schnitt frei, bohrt es mit einem Perforativtrepan an und senkt ein spitzes, rotglühendes Eisen in den Knochen ein. Dieses Verfahren ist gefahrlos und von eklatanter Wirkung; es darf aber nicht angewendet werden bei reiner primärer Synovitis, bei welcher es häufig Verschlimmerung des Leidens nach sich zieht und die Bildung von Erweichungsherden im Knochen beschleunigt. Es ist daher eine exakte Diagnose erforderlich, wenn man mit der Ignipunktur exakte Wirkungen erzielen will. — Auch die von Hüter empfohlenen parenchymatösen Karbolsäureinjektionen sind bei primärer reiner Synovitis gefährlich. Kocher wendet Jodeinspritzungen in die Gelenkhöhle nur dort an, wo Ergüsse, sei es diffuse oder abgekapselte, aufgetreten sind — er lässt die Flüssigkeit auslaufen und injizirt 4—10 Grm. Jodtinktur in die Höhle. — Die Jodtinktur wirkt nach seinen Erfahrungen gerade so wie die Karbolsäure — entgegen der Behauptung Hüter's, welcher der letzteren eine spezifische, die Entzündungserreger vertilgende Kraft zuschreibt — durch Anregung einer akuten Entzündung und Anregung eines rascheren Verlaufes immer mit gutem Erfolge. (Allg. med. Centralzeitung, 1877, Nr. 10.)

Die bei der Chloroform-Narkose nicht selten eintretenden „unangenehmen Zufälle" und die bisweilen (nach Nussbaum ein Mal unter 10000 Fällen) unzweifelhaft durch dieselbe herbeigeführten Todesfälle haben Mollow veranlasst, die von Claude Bernard empfohlene und von französischen Chirurgen (Rigaud, Sarazin, Grosjean) befürwortete Methode einer eingehenden klinischen und experimentellen Prüf-

ung zu unterwerfen. Diese Methode besteht darin, dass 30—40 Minuten vor der Verabreichung des Chloroforms eine subkutane Morphium-Injektion gemacht wird. Zunächst bestätigt Verfasser durch Mittheilung von 12 Krankheitsgeschichten die günstigen Angaben Claude Bernard's und der französischen Chirurgen über die Wirkung dieser gemischten Anästhesie. Nach der Morphium-Einspritzung trat stets nach verhältnissmässig geringen Mengen Chloroform tiefe Narkose ohne Erregung ein — und nach dem Erwachen kam Erbrechen und Uebelkeit nur ein Mal vor. — Nun sucht Mollow die Wirkung des Chloroforms und den Grund des durch dasselbe herbeigeführten Todes festzustellen: Im Stadium der Erregung (Exaltation) erfolgt dieser meist durch die starke Reizung der Schleimhäute der Respirationsorgane und durch die auf dem Wege des Reflexes eintretende Lähmung des Vagus, des vasomotorischen und respiratorischen Centrums (Dogel, Kratschmer, Knoll). Auch die erst im Stadium der vollkommenen Toleranz und dann nur auf kurze Zeit sinkende Reizbarkeit des Nervus laryngeus superior (Volkenstein) mag in demselben Sinne wirken. Im Stadium der vollständigen Narkose, in welchem diese Reflexe aufhören, erfolgt der Tod durch Uebersättigung des Blutes mit Chloroform und durch direkte Lähmung der Centren für Respiration und Cirkulation. Auch das Morphium setzt die Sensibilität des Gehirnes (bisweilen nach vorläufiger Erregung) herab — zugleich aber auch die Sensibilität der Respirationsschleimhaut und des Nervus laryngeus superior (Volkenstein). Da nun die unangenehmen Erscheinungen und die Gefahr beim Chloroformiren in erster Linie von der Reizung derjenigen Schleimhäute abhängen, mit welchen das Chloroform in unmittelbare Berührung kommt, so erklären die Eigenschaften des Morphium ohne Weiteres die Beseitigung der gefahrdrohenden Zufälle bei der gemischten Anästhesie. Zugleich erhöht das Morphium die anästhesirende Wirkung des Chloroforms und gestattet, dieses letztere in kleinerer, dem Organismus ungefährlicherer Dosis zu verabreichen. Interessant ist, dass auch die bei der Chloroform-Narkose im Stadium der Erregung stattfindende Hyperämie des Gehirnes bei der gemischten Anästhesie fehlt. („Arbeiten aus dem pharmakologischen Laboratorium zu Moskau". Herausgegeben von Prof. Sokolowski.) —

Nach F. Cohn muss man bei den Versuchen über die Urzeugung kleinster Organismen die betreffenden Nährflüssigkeiten stets einer Behandlung unterwerfen, durch welche etwa vorhandene Keime getödtet werden — da eben durch mikroskopische Untersuchung die Abwesenheit von Keimen nicht zu konstatiren ist. Das hauptsächlich dabei in Anwendung gebrachte desinfizirende Agens war die Wärme und der Irrthum der Anhänger einer Abiogenesis lag immer darin, dass dieselben durch eine mehr oder weniger kurze Erhitzung der Versuchsflüssigkeit auf 100 Grad die Keime in derselben getödtet zu haben glaubten. Es ist allerdings richtig, dass in vielen Fällen ein solches kürzeres Kochen genügt, ja häufig sind schon weit niedrigere Temperaturen im Stande, eine Vegetation von Bakterien und dergleichen unmöglich zu machen. Wegen der vielen speziellen Erfahrungen Cohn's und seiner Assistenten und Schüler sei auf das Original verwiesen („Beiträge zur Biologie der Bacillen". F. Cohn's „Beiträge zur Biologie der Pflanzen". II S. 249 ff.). Hier möge nur daran erinnert werden, dass das Verfahren Pasteur's, die Weine vor der Entwicklung von Organismen der sauren, bitteren und schleimigen Gährung zu bewahren, in einer Erhitzung derselben auf 50—60 Grad besteht. In vielen anderen Fällen aber genügte ein einfaches Kochen nicht. So fand Cohn selbst, dass bei Heuaufgüssen erst ein ein- bis zwei-stündiger Aufenthalt derselben in siedendem Wasser die Bakterienkeime tödte. Er stellte sich nun die Aufgabe, zu erforschen, ob denn diese schwer durch Hitze zu tödtenden Organismen irgend etwas Gemeinsames hätten, was ihre Widerstandsfähigkeit erklärte — und diese Aufgabe hat er denn auch gelöst. Ungekochtes Heuinfusum wird schon in kurzer Zeit trübe und besteht diese Trübung bis zum Aufhören der Fäulniss fort. Die dunkelbraune Farbe derselben verschwindet, es tritt statt dieser eine hellgelbe Färbung auf. Bei mikroskopischer Untersuchung finden sich in einer solchen Flüssigkeit die verschiedensten Organismen, wie Mikrokken, Bacterium thermo, Askokokkus, Bacillen etc. etc. Ganz anders verhält sich ein Heuinfusum, welches zwar gekocht wurde, aber nicht lange genug, um eine spontane Bakterienentwicklung unmöglich zu machen, also etwa 5—15 Minuten. Da entsteht nur eine einzige Art von Mikro-Organismen: Bacillen mit ihren Entwicklungsformen. Diese Bacillen (fadenförmige

Bakterien) sind theils beweglich, theils unbeweglich. Sie gleichen in ihrem Aussehen durchaus den in ihren Wirkungen doch so unendlich verschiedenen Milzbrandstäbchen und auch ihre Entwicklungsformen (Leptothrix-Fäden mit rundlicher Sporenbildung, Verschwinden der Fäden, Freiwerden der Sporen) stimmen so genau mit den letzteren überein, dass Cohn seine Abbildungen mit den die Milzbrandbacillen betreffenden von Koch einfach kombiniren konnte. An Milzbrandbacillen fehlt nur das bewegliche Stadium. Auch bei Heuinfusen erfolgt wie bei den Milzbrandbacillen die Sporenbildung nur bei reichlichem Luftzutritte, im anderen Falle kommt es höchstens zu einer kümmerlichen Entwicklung derselben. — Die Heuinfuse, in welchen eine alleinige Entwicklung der Bacillen und ihrer Abkömmlinge stattfindet, unterscheiden sich übrigens auch makroskopisch von denen, die (z. B. ohne vorher gekocht zu sein) auch die gewöhnlichen Fäulnissbakterien zur Ausbildung kommen lassen. Ganz besonders charakteristisch ist dabei die Bildung von Flocken in der sonst klaren Flüssigkeit und das Zusammentreten derselben zu derben Häuten an der Oberfläche — wo eben die Sporenbildung erfolgt. Hervorgehoben muss auch noch werden, dass nur eine vorübergehende Trübung eintritt, ja dass die Flüssigkeit selbst bei lebhafter Bacillenentwicklung ganz (wie in den ersten zwei Tagen) klar sein kann. Hierdurch ist in den beiden ersten Tagen die Flüssigkeit anscheinend intakt, gewissermassen dem Inkubationsstadium bei Infektionskrankheiten analog; dem Akmestadium dieser letzteren stellt Cohn die Bildung der Flocken und Häute an die Seite. — Der Prozess hat ein Ende, wenn die Sporen als gallertiger Absatz zu Boden sinken. Dann ist die Mutterflüssigkeit gegen diese immun, während minimale Mengen der Sporen, in eine neue durch langes Kochen sterile Flüssigkeit gebracht, eine lebhafte Bacillenentwicklung anregen; — auch hier weist Cohn, den Vergleich fortsetzend, auf die analogen Verhältnisse bei Infektionskrankheiten hin. Durch das Kochen haben aber die Infuse nicht etwa die Fähigkeit zu der Erzeugung der gewöhnlichen Fäulnissorganismen verloren — eine ganz geringe Menge lebender Fäulnisskeime genügt, um auch diese in der üblichen Weise sich vermehren zu lassen — es sind eben nur die Keime der letzteren getödtet. — Eine eigentliche Fäulniss machen die Bacillen selbst nicht, Fermentwirkungen (mit beträchtlicher Gasbildung) entstehen nur, wenn jene bei mangelhaftem Luftzutritte ihre natürliche Entwicklung zu Sporen nicht vollenden können. Cohn fand nun ferner, dass in allen bisher bekannten Fällen, in welchen Keime die Siedhitze lange überstanden, es immer eine bis zwei Bacillen waren, um welche es sich handelte. Da nun ferner die Bacillen vor den anderen Bakterienformen nur die Erzeugung von Sporen voraus haben, so nimmt er an, dass es eben diese Sporen sind, die eine so ausserordentliche Widerstandsfähigkeit gegen Hitze besitzen. Die Fehlschlüsse der Anhänger der Urzeugung waren also dadurch bedingt, dass sie Alles, was „Bakterien" war, als in jeder Beziehung identisch betrachteten, während doch in den biologischen Verhältnissen derselben die beträchtlichsten Verschiedenheiten obwalten, deren eine hier wiederum von Cohn aufgedeckt worden ist. —

Du Castel berichtet in den Arch. génér. Sept. 1876, über einen eigenen und einige fremde Fälle, bei welchen es in Folge von Unwegsamkeit des Ductus choledochus zu Lebercirrhose kam. Im Leben ist chronischer Ikterus vorhanden, die Leber erscheint vergrössert, ohne später Volumsabnahme zu zeigen, leichte Oedeme treten auf und es erfolgt der Tod unter zunehmendem Marasmus. Die Untersuchung der Leber ergibt Volumszunahme und mehr oder minder beträchtliche interstitielle Prozesse. Das peri lobuläre Bindegewebe hat an Masse zugenommen und ist kernreicher geworden. Die grossen und mittleren Gallengänge sind bedeutend erweitert und des Epitels beraubt, die kleineren dagegen mit abgeplatteten Epitelien erfüllt. An der Ausmündungsstelle des Ductus choledochus findet sich gewöhnlich ein Stein welcher in einigen Fällen noch Gallenaustritt gestattet. Die Oberfläche des Organes ist glatt. Es handelt sich in solchen Fällen um eine interstitielle Bindegewebswucherung welche nicht primär, sondern sekundär auftritt als die Folge einer fortschreitenden Entzündung der Gallenwege, welche durch die Stauung hervorgerufen wurde. Derartige Formen führen nicht zur Verkleinerung des Organes und werden zum Unterschied „hypertrophische Cirrhose" genannt. In dem neugebildeten Bindegewebe findet man eine grosse Anzahl neuentstandener Gallengänge welche mit kleinen kubischen Zellen erfüllt

sind oder mit solchen, welche in der Mitte stehen zwischen dem kubischen Epitel der kleinsten und dem zylindrischen der grösseren Gallengänge; zum Theile waren diese Kanäle durch Gallenpigment verstopft. Die wohlerhaltenen Leberzellen zeigen keine Fettablagerung; hierdurch unterscheiden sie sich von denen, welche man bei der gewöhnlichen Form der Cirrhose antrifft. Als ätiologisches Moment für diese Leberveränderung ist jede Behinderung des Gallenabflusses anzusehen; auch ist dieselbe durch Unterbindung des Ductus choledochus künstlich zu erzeugen. —

Bekanntermassen lassen die mittelst des Marey'schen Sphygmographen an Gesunden und Kranken gewonnenen Pulskurven in der Regel keinen wesentlichen Einfluss der einzelnen Respirationsphasen erkennen. Hier und da nur gelingt es auch bei Gesunden, deutliche Unterschiede zwischen den in die Inspiration und den in die Exspiration fallenden Pulskurven nachzuweisen. Ausserdem gibt es eine Reihe pathologischer Fälle, in welchen die beiden Respirationsphasen auch an den einzelnen Pulskurven sich in sehr auffälliger Weise erkennbar machen. So wird besonders in Gestalt des sogenannten Pulsus paradoxus, zuerst bei Mediastinaltumoren beobachtet, jedes Mal mit der Inspiration der Puls beträchtlich kleiner, zuweilen ganz unfühlbar und nimmt mit der Exspiration wieder an Grösse zu. — Dr. Franz Riegel, Oberarzt am städtischen Krankenhause zu Köln, behandelt nun in einem Aufsatze „über die Symptomatologie der Stenosen der grossen Luftwege“ (Berl. klin. Wochenschr., 1876, Nr. 47) eine Klasse von Fällen mit Pulsus paradoxus, auf welche unlängst Gerhardt und Bäumler aufmerksam gemacht haben, nämlich Fälle von Stenosen der grossen Luftwege, und weist an sphygmographischen Kurven zweier solcher Fälle nach, dass nicht nur der Einzelpuls in diesen Fällen mit der Inspiration beträchtlich an Höhe verliert, sondern auch die sämmtlichen auf die Inspirationsphase fallenden Einzelkurven tiefer rücken — es entsteht ein Auf- und Abwogen der Gesammtkurve — und zwar waren zu Zeiten der hochgradigsten Dyspnoe resp. der stärksten Stenose diese respiratorischen Druckschwankungen am deutlichsten, ausgeprägt, nahmen mit der Verminderung der Dyspnoe in gleichem Maasse an Intensität ab, um nach völlig beseitigter Dyspnoe wieder gänzlich zu fehlen. In beiden Fällen waren jene respiratorischen Schwankungen der Gesammtkurve vielmehr in die Augen springend als die respiratorischen Aenderungen in Form und Grösse der Einzelkurve. In dem zweiten Riegel'schen Falle, welcher genauer verfolgt werden konnte als der erste, waren diese respiratorischen Schwankungen nach geheilter Stenose nicht mehr durch tiefe Athmungen künstlich hervorzurufen, während die dem Einzelpulse geltenden Formänderungen (Kleinerwerden des Pulses, Deutlicherwerden und Tieferrücken der Rückstosswelle bei Zurücktreten der Elastizitätselevationen) auch späterhin noch durch tiefe Athmungen bis zu einem gewissen Grade hervorzurufen waren. Erklärend fügt Riegel hinzu: wenn, wie allgemein anerkannt, die normaler Weise eintretenden respiratorischen Druckschwankungen aus den verschiedenen Druckverhältnissen innerhalb des Thorax während der beiden Athmungsphasen sich erklären, dann müssen bei Behinderung des Lufteintrittes in die Lungen durch Stenosen der grossen Luftwege diese respiratorischen Druckschwankungen intensiver werden, da hier die respiratorische Druckdifferenz resp. die inspiratorische Druckverminderung innerhalb des Thorax stärker geworden ist. Bei anderen Formen der Dyspnoe, so beim Asthma, Emphysem u. dgl., kommen ähnliche Druckdifferenzen nicht zur Beobachtung. —

Auf ein in Vergessenheit gerathenes Mittel gegen den Krup sucht San.-Rath Dr. Dawosky zu Celle im 8. Hefte der Memorabilien von 1876 die Aufmerksamkeit der Collegen zu lenken. Im Jahre 1875 wurden von einem Arzte, namentlich Denjenigen, welche beim Auftreten des Krups die ärztliche Hilfe erst weit herbeiholen mussten, als zuverlässiges Mittel gegen denselben heisse Armbäder empfohlen. Dawosky hat dieselben seit dieser Zeit stets mit dem besten Erfolge angewendet. Das Verfahren besteht darin, dass man die Arme des am Krup erkrankten Kindes so tief als möglich in zwei mit heissem Wasser gefüllte tiefe Cylinder oder Gefässe, am besten aus Blech, steckt und sie unter Nachgiessen von heissem Wasser, wenn das erstere erkalten sollte, so lange darin verweilen lässt, bis dieselben angeschwellt und geröthet sind. — Verfasser lässt, wenn er dieses Verfahren in Anwendung bringt, die Arme und den Hals des Kindes bis zur Brust entblössen, eine Person legt dasselbe quer über den Schooss, so dass

die Arme frei und tief genug in das wasserhaltende Gefäss getaucht werden können. Dann lässt er ein Tuch über den Kopf des Kindes und das Wasserreservoir in der Art legen, dass ersteres genöthigt ist, die vom Wasser aufsteigenden Dämpfe einzuathmen. Sind die Arme recht intensiv geröthet und geschwellt, athmet das Kind freier und zeigt es Neigung zu Schlaf, dann wird es sorgfältig abgetrocknet und in's Bett gelegt. Die Folge ist gewöhnlich eine heftige Transpiration und Verschwinden des krähenden, bellenden Kruphustens. Die einzige dabei nöthige Vorsicht muss auf die Temperatur des Wassers sich erstrecken, um eine Verbrühung der Arme mit vielleicht zu heissem Wasser zu vermeiden. — Dawosky hat von diesem Verfahren Wunder gesehen und kann es nicht genug empfehlen; aber dasselbe muss gleich beim ersten charakteristischen Husten in Anwendung gebracht werden. Ist es zur membranösen Bildung bereits gekommen, dann ist die Zeit, zu welcher es Hilfe bringen kann, vorüber. Der erste Zeitraum der Krankheit, wenn der stürmische Andrang von Blut zum Kehlkopfe stattfindet, wenn es noch nicht zur Exsudation gekommen ist, das ist die Zeit, zu der die kräftige derivatorische Wirkung der heissen Armbäder noch heilbringend sich entfalten kann und muss. Dass die vom Kinde eingeathmeten Wasserdämpfe, der sich reichlich einstellende Schweiss mit zur glücklichen Wendung beitragen, ist keinem Zweifel unterlegen. —

Zur näheren Kenntniss der Natur des akuten Gelenkrheumatismus versprechen Betrachtungen der Krankheiten beizutragen, welche sich auf dem Boden von und im Anschlusse an andere Krankheiten als multiple Gelenkentzündungen entwickeln und fähig sind, Herzerkrankungen hervorzurufen. So treten als Vorläufer rheumatoide Formen bei der Bronzekrankheit auf und bei Blutern in der Jugend, als Nachkrankheiten bei Scharlach, Diphtheritis, Dysenterie, als gleichzeitige Affektion manchmal bei Pyämie, Puerperalfieber und Gonorrhoe. Wiewohl selten, ist das Rheumatoid doch sicher fähig, Klappenentzündungen zu verursachen. Ein ähnliches Rheumatoid findet sich bei Bronchiektatikern mit Stagnation des eiterigen Sekretes. Zwei solche Fälle hat nun Prof. Carl Gerhardt zu Würzburg im „Deutschen Archive für klinische Medizin“ (Band XV, Heft 1, Seite 1) beschrieben. Aus diesen beiden Beobachtungen lässt sich nach ihm annehmen, dass in den Bronchien stagnirender und sich zersetzender Eiter ausser Fieber bei einigen Personen auch rheumatoide Gelenkentzündungen bewirken kann, welche wiederum ihrerseits, wie der zweite Fall zeigt, Endokarditis hervorrufen können. Sie gehören in eine Gruppe mit den schon im Eingange erwähnten rheumatoiden Erkrankungen, welche bei anderen suppurativen Schleimhautaffektionen auftreten. In diesen Fällen handelt es sich wahrscheinlich um eine durch Resorption des zersetzten Eiters entstandene Bluterkrankung. Der letzte Fall zeigt deutlich, wie mit Entleerung des eiterigen Bronchialsekretes Entfieberung und Heilung der Gelenkaffektion eintrat. — Die durch Kompression der Thoraxwände bewirkte Steigerung der Exspirationsbewegung ist zuerst bei Lungenemphysem (bei welchem man gegenwärtig pneumatische Apparate benutzt) angewendet worden. Bei reichlich sezernirender Bronchitis und Bronchiektasie mit stagnirendem Sekrete scheint sie das wirksamste Expectorans zu sein. Auch der durch die Kompression gesteigerte Druck in den Arterien kann, namentlich bei Kranken, welche durch Ueberfüllung der Bronchien bereits kyanotisch werden, der Kohlensäurenarkose verfallen und kleinen Puls haben, von Werth sein. —

Die im normalen Harne nach einigem Stehen auftretende Trübung besteht nach C. Méhu („De la nonexistence du mucus de l'urine“. Bull. gén. de Thér. 1876, XCI, S. 161) nicht aus Schleim, wie man in der Regel annimmt, sondern aus Epitelzellen der Blase und Detritus von Epitelien; beim Weibe ausserdem aus Epitelzellen der Vagina und Eiterzellen. Mucin findet sich weder in dieser Trübung noch in gelöster Form im Harne. Die übrigen Erörterungen beziehen sich auf das Verhalten des Harnes, wenn derselbe Eiter oder auch nur irgend erheblichere Mengen von farblosen Elementen enthält; ein solcher Harn trübt sich, nachdem er vorher filtrirt war, bei Zusatz von Essigsäure in der Kälte. Diese Trübung rührt nach Verf. von dem in ihm enthaltenen Pyin her. Schon bei leichten Reizungen der Blase gibt Essigsäure eine Trübung, dagegen nicht bei normalem Harne. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 9. *Erlangen*, am 3. März 1877.

Wöchentlich 1 Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 9 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber periphere Lähmungen. Resultate aus Untersuchungen von Sputis behufs Auffindung diagnostischer Merkmale für die frühesten Stadien der Lungenphthise. Werth der Pneumatometrie und der Auskultation der Mundhöhle für die Erkennung früher Stadien der Phthisis. Erfordernisse eines vom hygienischen Standpunkte aus gut eingerichteten Schul-Zimmers. Ueber den Mechanismus der Respiration. Einfluss des salicylsauren Natrons auf das Fieber der Variola und über Variola-Impfung. Eigenthümliche Krystalle in der Milz bei Leukämie, im Knochenmarke und im Blute. Ueber die Perkussion der Knochen. Störungen der Refraktion oder der Accommodation der Augen als Ursache von Kopfschmerzen. Lach-Gas als relativ ungefährlich für Zahnoperationen. Ueber Spermatokelen. Erythema exsudativum. Ueber Psoriasis buccalis. Kraft der Flimmerbewegung. Gegen Schlaflosigkeit.

In der „physiologischen Gesellschaft zu Berlin“, Sitzung vom 26. Januar 1877, hielt Dr. Bernhardt Vortrag über „periphere Lähmungen“. Die Lehre von den Lähmungen peripherer Nerven ist im Wesentlichen eine Errungenschaft der neuesten Zeit. Erst seit der Einführung der elektrischen Untersuchungsmethoden in die Pathologie der Nervenkrankheiten gelang es, einen näheren Einblick auch für diese Erkrankungsformen zu gewinnen. Man unterschied allgemein leichte und schwere Lähmungen. Als leicht bezeichnete man diejenigen Erkrankungen, welche im Laufe weniger Wochen zu vollständiger Heilung kamen und sich bei elektrischer Prüfung dadurch charakterisirten, dass die Erregbarkeit des erkrankten Nerv-Muskel-Gebietes erhalten blieb und sich von jener der gesunden Seite nicht unterschied. Schwer nannte man jene Lähmungen, bei welchen die Erregbarkeit des erkrankten Nerven innerhalb der ersten 10—12 Tage so erheblich sank, dass sie für die beim lebenden Menschen anwendbaren Stromstärken als erloschen betrachtet werden konnte. Es galt dies für die ersten zwei bis drei Wochen der Krankheit sowohl von dem Nerven als auch vom Muskel und zwar für beide Stromesarten. — Bernhardt beleuchtete hierauf die im Laufe der dritten Woche eintretende Uebererregbarkeit der erkrankten Muskulatur gegen den galvanischen Strom und erläuterte die bekannten Beobachtungen über die „Entartungsreaktion“. Als besonders interessant erscheint zur Zeit wiederbeginnender Regeneration des erkrankten Nerven das Verhältniss, dass der Muskel dem Willensreize oder dem oberhalb der erkrankten Stelle angebrachten elektrischen Reize wieder gehorcht, obgleich er bei direkter galvanischer Reizung noch in der Form der Entartungsreaktion reagiren kann. Durch Bernhardt und Erb ist neuerdings eine Form der Lähmung bekannt geworden (Mittelform), bei welcher sich dieses eigenthümliche bei schweren Lähmungen erst nach Monaten eintretende Verhalten schon frühe, innerhalb der ersten Wochen, zeigt. Diese Thatsachen (Möglichkeit direkter und indirekter Erregung des Muskels durch den faradischen Strom, Entartungsreaktion desselben bei direkter galvanischer Reizung und normales Verhalten bei indirekter galvanischer Reizung) veranlassten Bernhardt, daran zu denken, dass bei diesen Lähmungsformen die Muskeln der Angriffspunkt der Moxe sein könnten, welche gerade durch dieses Verhalten ihre ihnen eigenthümliche Irritabilität unabhängig von jedem Nerveneinflusse dokumentirten. Diesen drei zur Zeit bekannten Lähmungsformen (der leichten, mittelschweren und schweren) gesellt der Vortragende nun eine vierte, hochinteressante bei, welche er in der jüngsten Zeit (Oktober, 1876) in zwei Fällen beobachtete. Es handelte sich um zwei Lähmungen im Bereiche des Nervus radialis bei Männern, bei welchen von der Umschlagstelle des Nervus radialis vom Oberarme her, noch von höher gelegenen

Punkten aus (Oberschlüsselbeingrube) weder mit dem faradischen noch mit dem galvanischen Strome Reizerfolge an der Extensorenmuskulatur (mit Ausnahme des Musculus triceps, in einem Falle auch des Supinator longus) zu erzielen waren. Bei direkter Reizung der Muskeln dagegen, beim Aufsetzen einer oder beider Elektroden unterhalb der Umschlagsstelle auf der Dorsalseite des Vorderarmes selbst, erhielt man eine gute prompte Kontraktion der Extensorenmuskulatur, ja es erschien sogar anfangs die Erregbarkeit eine höhere als auf der gesunden Seite. Es galt dies für beide Stromesarten. Die Zuckungen waren blitzartig, schnell und von Entartungsreaktion, von einem Vorwiegen der Oeffnungszuckungen oder der Anodenschliessungszuckungen über die mit der Kathode bei Stromesschluss zu erzielenden war nicht die Rede. Alles das fand sich nicht allein 6—10 Tage seit Beginn der Lähmung, sondern auch noch nach drei, vier und fünf Wochen, so dass man also hier das merkwürdige Beispiel einer für den Willen und den elektrischen Reiz vollkommenen Leitungsunterbrechung hat, bei offenbarer Integrität der unterhalb der lädirten Stelle gelegenen Nerven- und Muskelpartieen. Nach Bernhardt haben nur Brenner und Vulpian bisher je einen ähnlichen Fall beschrieben, Vulpian in den Erklärungsversuchen an die Analogie mit kurarisirten Muskeln gedacht. Der Vortragende deutet darauf hin, dass man in der That bei solchen Fällen vielleicht an einen der Kurarewirkung ähnlichen Einfluss der Kälte auf die intramuskulären Nervenendigungen denken könne. Er betrachtet diese Ansicht indess als eine rein hypothetische. Wenn man, da Sektionen nicht vorlägen, die Thatsachen umschreibend auf Grund früherer von Erb angegebener Gesichtspunkte eine Erklärung versuchen wollte, so müsste man am Nervenstamme an einer Stelle eine Leitungsunterbrechung annehmen, welche bedeutend genug wäre, jedweden von oberhalb herkommenden Reiz zu hemmen, aber nicht schwer genug, um peripheriewärts die sonst bei derartigen Zuständen eintretenden Degenerationen des peripheren Nervenstückes und der Muskeln zu veranlassen. (Deutsche med. Wochenschr., 1877, Nr. 6.)—

Dr. J. Fischl untersuchte behufs Auffindung diagnostischer Merkmale für die frühesten Stadien der Lungenphthise eine grosse Menge von Sputis, wobei er den von Buhl angegebenen Merkmalen ganz besondere Aufmerksamkeit widmete. In Betreff des Alveolarepitels kommt er zu dem Schlusse, dass dasselbe im isolirten Zustande nicht mit Sicherheit zu erkennen und von vielen anderen Epitelien, welche im Sputum vorkommen und aus dem Pharynx, der Trachea und den Bronchien stammten, nicht zu unterscheiden sei. — Bei einem jeden Katarrhe früher gesunder Individuen, bei welchen kein Symptom für ein ernsteres Lungenleiden sprach, konnte er schon nach wenigen Tagen Flimmerepitelien, zahlreiche Körnchenzellen, pigmentirte Epitelien, freie Zellkerne und reichliche Fettmoleküle, später myeline Degeneration der Epitelien und freies Myelin im Sputum nachweisen — Zeichen, welche nach Buhl für das Vorhandensein einer Desquamativpneumonie sprechen sollen. Diese Gebilde fand er auch in den Sputis von Patienten, welche an Emphysem, Bronchitis, Typhus etc. litten, in Fällen, in welchen der nachträgliche Leichenbefund jede Spur einer frischen oder älteren Phthisis ausschloss. Dagegen vermisste er sehr oft im Auswurfe phthisischer Individuen die Lungenepitelien mit proliferirenden Kernen (Buhl) und fand dieselben bei Bronchitikern. Ebensowenig als bestimmte Formbestandtheile charakteristisch sind für das Sputum von Phthisikern, ist es die Menge der oben genannten Gebilde. Die Ablösung der Alveolarepitelien kommt ausserordentlich häufig vor bei Hyperämie, Oedem, Cirkulationsstörungen in den Lungen etc., eine verstärkte Desquamation derselben kann daher unmöglich charakteristisch sein für eine bestimmte Form der Lungenerkrankung. Es gibt daher nach Fischl kein verlässliches Merkmal, das Sputum eines Phthisikers von einem solchen zu unterscheiden, welches einem einfachen Bronchialkatarrh angehört, und ebensowenig das Sputum eines an kroupöser von dem eines an desquamativer Pneumonie leidenden Individuums. — Ferner untersuchte Verf. den Werth der Pneumatometrie sowie die Auskultation der Mundhöhle (Galvagni) für die Erkennung früher Stadien der Phthisis. Die erstgenannte Methode gibt in einigen Fällen beginnender Phthise verwerthbare Resultate, wenn bei sonst negativem physikalischen Befunde der Inspirationszug abnorm niedrig ist. In vielen anderen Fällen jedoch und zwar bei pneumatometrischen Ergebnissen, welche nahe den

normalen kommen, gibt diese Methode keine Aufschlüsse. Was endlich die Angaben Galvagni's betrifft, dass man aus einem „Mundhöhlengerassel" oft Phthise diagnostiziren könne in Fällen und zu einer Zeit, in welcher alle anderen physikalischen Symptome fehlen, so konnte Fischl dieselben nicht vollständig bestätigen. Ja er vermisste sogar dies Phänomen in einigen Fällen, in welchen er am Thorax deutliches Rasseln nachweisen konnte; doch wenn dasselbe auch konstant vorhanden wäre, so würde hieraus noch keineswegs die Berechtigung folgen, jedes Mal Tuberkulose zu diagnostiziren. (Prager Vierteljahrsschrift, CXXII.) —

Dr. F. Erismann fasst in einem der hygienischen Kommission des Petersburger pädagogischen Museums erstatteten Referate die Forderungen zusammen, welche von hygienischem Standpunkt aus an ein gut eingerichtetes Schulzimmer zu stellen sind. Für die Länge des Schulzimmers ist die Rücksicht massgebend, dass die Insassen der letzten Bank das vorne auf die Tafel Geschriebene deutlich lesen können. Darnach ergeben sich 9—10 Meter und im Nothfalle 12 Meter als grösste zulässige Länge. Bezüglich der Breite ist die Erwägung entscheidend, dass das von der linken Seite her einfallende Licht in genügender Intensität bis zu den an der entgegengesetzten Wand sitzenden Schülern gelangt. Erfahrungsgemäss dürfen, eine gute Fensteranlage vorausgesetzt, 7 Meter Breite nicht überschritten werden. Bei einer Zimmerhöhe von 4—4½ Metern — eine grössere Höhe veranlasst leicht störende Resonanzen — ergibt sich so ein Binnenraum von 280—315 Kubikmetern, der für 40—48 Schüler hinreicht, da erfahrungsgemäss 6—7 Kubikmeter für einen einzelnen Schüler genügen. Die zweckmässiger Weise nur an der linken Seite angebrachten Fenster müssen möglichst nahe aneinandergerückt und nur durch schmale Zwischenpfeiler getrennt sein, während den zu den Zimmerecken gehörigen Pfeilern die für die Festigkeit des Baues erforderliche Breite zu belassen ist. Auf die Fensterhöhe entfallen etwa drei Meter, auf die untere Fensterbrüstung ein Meter, auf die obere höchstens ein halber Meter. Bei solcher Einrichtung werden störende Schatten am besten vermieden. — Für die Wände ist der Oelanstrich am meisten geeignet, da er sich leicht reinigen lässt und nicht, wie nach einfacher Tünchung, bei jeder Reibung Kalkstaub entwickelt; für den Fussboden wird in erster Reihe ein Parquet aus Hartholz, in zweiter gut mit siedendem Leinöl getränkte Tannendielen empfohlen. Auch die künstliche Beleuchtung, für welche Gas oder Petroleum gleich gut sind, muss in der Weise eingerichtet sein, dass zunächst Lampen an der linken Zimmerseite angebracht und im übrigen Raume nur noch so viele vertheilt werden als zur nöthigen Helligkeit erforderlich sind. — Bei den Mängeln, welche der Luftheizung noch immer anhaften, gibt der Verfasser der Wasserheizung mit getrennter Ventilation den Vorzug. Letztere muss pro Schüler und Stunde 20 Kubikmeter einer 18° C. warmen Luft von 50 bis 70 pCt. relativer Feuchtigkeit ohne fühlbaren Zug liefern. Ausführlich wird die Konstruktion des Schultisches besprochen. Beim Sitzen soll der Schüler möglichst wenig Muskelkräfte zur Aufrechthaltung des Rumpfes verwenden und beim Schreiben sich nicht nach vorne überbeugen müssen. Deshalb soll die horizontale Entfernung des Tischrandes von der Bank — die sogenannte Distanz — gleich Null sein, besser ist es noch, wenn der Tischrand über die Bank übergreift. Die Höhe der in der gewöhnlichen Weise geneigten Tischplatte über der Bank wird dadurch bestimmt, dass der Schreibende den Unterarm bequem auflegen kann, ohne die rechte Schulter aus ihrer natürlichen Stellung zu bringen. Die Höhe der Bank über dem Boden muss dem Schüler gestatten, den Fuss mit ganzer Sohle aufzusetzen. Zum Anlehnen ist nach den Arbeiten von H. Meyer der Kreuzlehne der Vorzug vor der Nackenlehne zu geben. (Deutsche Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, VIII S. 642.) —

Im Verlaufe einer Untersuchung über den Mechanismus der Respiration ist Dr. Ottomar Rosenbach, Assistenzarzt der medizinischen Klinik zu Jena, zu folgenden Ergebnissen gelangt: 1) Die Athembewegungen werden durch eine gewisse Beschaffenheit (Venosität) des Blutes in den Gefässen der Medulla oblongata ausgelöst (Rosenthal). Alle Beobachtungen, welche für einen reflektorisch wirkenden Respirationsreiz sprechen, der von der Lunge oder der Peripherie ausgeht und in der Bahn der Vagi zum Athmungscentrum geleitet wird,

sind weder beweisend noch eindeutig. 2) Jeder in der Bahn der genannten Nerven (sowohl in ihrem Stamme als in den Aesten) centripetal geleitete mechanische oder elektrische Reiz bewirkt eine Athmungspause in Exspirationsstellung oder wenigstens eine Exspiration. 3) Es gibt keine aktive Exspiration, die vom Centrum aus angeregt wird, da im Centrum nur Inspirationsreize wirken. Jede Exspiration ist nur eine durch Unterbrechung der centralen Inspirationsinnervation bedingte Zurückkehr der innervirten Theile in ihre Ruhestellung. 4) Diese Unterbrechung der Inspirationsinnervation wird durch centripetal im Vagus geleitete Reize bewirkt. Der Vagus nebst seinen Aesten ist also ein Hemmungsnerv für die Inspiration. Der Unterschied in der Wirkung des Vagus, des Laryngeus superior und inferior ist nur ein quantitativer, nicht ein funktioneller. — 5) Der Vagus wirkt wahrscheinlich dadurch hemmend, dass er die Weite der Blutgefässe, deren Inhalt den Reiz für die Inspiration bildet, beeinflusst. Er ist demnach der vasomotorische Nerve (Verengerer) der Gefässe der Medulla oblongata. 6) Die Apnoe, d. h. der Zustand mangelnder Inspirationsinnervation, wird nicht bloss durch den Sauerstoffreichthum des Blutes bewirkt, sondern mechanische mit der künstlichen Athmung nothwendig verknüpfte, auf der Bahn der Vagi centripetal geleitete Reize wirken durch ihre Summirung als längere Hemmung für die Inspiration, oder mit anderen Worten: Die mechanische Ausdehnung der Lunge bei der Ventilation ist ein Reiz für den Vagus, der nun seine verengernde Wirkung auf die Gefässe der Medulla ausübt, wodurch der Inspirationsreiz vermindert wird. Neben dem grösseren Sauerstoffgehalte des Blutes spielt diese letztere Wirkung des Vagus eine nicht unbedeutende Rolle bei dem Zustandekommen der Apnoe. 7) Es gibt demgemäss zwei Arten der Apnoe, die eine durch Sauerstoffüberfluss in den Gefässen der Medulla oblongata, die andere durch eine Verminderung des Inspirationsreizes in Folge der Gefässkontraktion in der Medulla, welche letztere vom Vagus bewirkt wird. 8) Der centrifugale Vagus hat für das Herz dieselbe Bedeutung wie der centripetale für die Medulla oblongata. Er ist der vasomotorische Nerve des Herzens, der Verengerer der Kranzarterien. 9) Die Reizung des centrifugalen Vagus geht ebenfalls von dem Inhalte der Gefässe der Medulla oblongata aus. Verengerung der Gefässe derselben oder verminderte Venosität in denselben bewirkt eine geringere Reizung des Herzvagus. Demgemäss beschleunigt sich am Anfange der Exspiration, da die vorhin geschilderte Wirkung des Lungenvagus auf die Gefässe der Medulla am Ende der Inspiration am grössten ist, der Puls. Aus demselben Grunde (wegen geringerer Venosität der Gefässe der Medulla) beschleunigt sich der Puls während der Apnoe und beim höchsten Grade von Innervationsmangel für den Herzvagus, nämlich nach seiner beiderseitigen Durchschneidung, wird die Herzthätigkeit am meisten beschleunigt, weil nun eben gar keine Hemmung mehr in der Bahn der Vagi erfolgt und die Koronararterien nicht mehr verengert werden. 10) Nach der Durchschneidung der Vagi bleibt die Herzthätigkeit dennoch rhythmisch, weil eine Selbststeuerung des Herzens besteht. Jede Systole koupirt gewissermassen sich selbst dadurch, dass sie ein gut arterialisirtes Blut in die Kranzarterien eintreibt, welches nicht mehr als Innervationsreiz für die automatischen Herzganglien zu wirken vermag. Demgemäss erschlafft der nicht mehr innervirte Herzmuskel (Diastole) und kontrahirt sich erst wieder, wenn die Venosität des Herzblutes gestiegen ist. 11) Durch diese Annahme ist eine vollkommene Analogie zwischen dem Athmungsmechanismus überhaupt und der Herzthätigkeit sowie zwischen den einzelnen Phasen der Athmung und der Herzaktion hergestellt. 12) Aus einer Reihe von Experimenten, in welchen bei Kaninchen nach bedeutender Blutentziehung durch künstliche Athmung der Eintritt der Apnoe beschleunigt und ihre Dauer verlängert wurde, folgt, dass der Inspirationsreiz, den die Blutbeschaffenheit ausübt, in dem Vorhandensein gewisser erregender Stoffe beruhen muss. Diese Stoffe werden durch Sauerstoffzufuhr in ihrer Wirkung abgeschwächt und hierin liegt die Erklärung für den scheinbaren Widerspruch, dass sowohl Sauerstoffzufuhr als Gefässverengerung reizvermindernd wirken können. Die Sauerstoffzufuhr verändert den Reiz qualitativ, die Gefässverengerung quantitativ. 13) Die peristaltischen Bewegungen des Magens und der Därme bei Reizung des Vagus am Halse sind nicht dadurch verursacht, dass der Vagus motorischer Nerv für den Magen ist, sondern dadurch, dass die Vagusreizung auch zugleich Verlangsamung der Pulsfrequenz bis zum Herzstillstand

und dadurch steigende Venosität des Blutes, welche als Reiz für die Ganglien des Magens und Darmes wirkt, hervorruft. Reizung des Vagus unterhalb des Herzens bewirkt keine Kontraktionen des Magens. 14) Der Splanchnicus ist in derselben Weise Gefässnerve des Darmes wie es der Vagus für Medulla oblongata, Herz und Magen ist. 15) Nach dem Tode des Thieres, sowohl in Folge von Verblutung als aus anderen Ursachen, ruft Reizung des Vagus die Bewegungen des stillestehenden Herzens noch nach ziemlich langer Zeit wieder hervor, ebenso die des Magens und Oesophagus. Es führt also der Vagus auch motorische Nerven für die genannten Organe, wie der Splanchnicus für die Därme; denn auch die Reizung dieses Nerven ruft nach dem Tode Bewegungen der Därme hervor. 16) Es besteht eine Analogie in der Thätigkeit aller organischen Muskeln, inclusive des Herzens, welches ja auch trotz seiner quergestreiften Muskulatur zu den vom Willen unabhängigen Muskeln gehört, und in der Regulirung ihrer Bewegungen durch gewisse Nerven. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1877, Nr. 6.)

Im Vereine deutscher Aerzte zu Prag, Sitzung vom 24. November 1876, sprach Prof. Pribram über den Einfluss des salicylsauren Natrons auf das Fieber der Variola und über Variola-Impfung. Das Fieber bei Variola, plötzlich beginnend, führt bekanntlich sehr bald zu sehr hoher Temperatur, die dann beim Ausbruche des Exanthems in leichten Fällen kritisch heruntergeht bis auf die Norm und in schwereren Fällen bis wenig über die Norm. Während des Exanthems und im weiteren Verlaufe tritt dann noch das Suppurationsfieber auf. Verf. hat nun in letzter Zeit einige Fälle beobachtet, welche einen anderen Verlauf darboten, und er glaubt, dass derselbe mit dem medikamentösen Eingriffe im Zusammenhange stehe. Die Wirksamkeit der gebräuchlichen Antipyretica in dem die Variola einleitenden Fieber ist bekanntlich eine sehr geringe. Das gilt sogar von mittelgrossen Gaben von Chinin. Während der gegenwärtig herrschenden Epidemie hat nun Pribram, gestützt auf die Erfahrungen mit Salicylsäure im Abdominaltyphus und akuten Gelenkrheumatismus, dieses Mittel in Form des Natronsalzes auch bei Variola in Gebrauch gezogen. In den Fällen, in welchen er vom ersten Beginne der Fiebererscheinungen Gaben von 0.4 Grm. und darüber — vertheilt über den ganzen Tag wegen des kontinuirlichen Fiebertypus — angewendet hat, bemerkte er wiederholt noch vor Ausbruch des Exanthems ein stetes Sinken der Temperatur bis unter 38°, und erst nachdem der Kranke bereits entfiebert war, traten die ersten Efflorescenzen auf. Während sonst also der kritische Fieberabfall beim Ausbruch des Variola-Exanthems die Regel bildet, boten die jetzt von Pribram beobachteten und durchwegs mit Natronsalicylat behandelten Fälle einige Male eine lytische, dem Auftreten der Efflorescenzen länger vorausgehende Entfieberung dar. Natürlich handelte es sich um solche Fälle, in deren Umgebung Variola vorgekommen war, so dass schon beim Beginne der Fieberbewegung der Verdacht auf Blatternerkrankung vorhanden war. — Eine weitere in der betreffenden Epidemie vom Verfasser gemachte Beobachtung bezieht sich auf vier Fälle von Variola-Impfung innerhalb einer Familie: Eine Mutter hatte schwere konfluirende Variola mit letalem Ausgang. Zwei ihrer Kinder pflegten sie und hoben sie oft mit ihren Händen im Bette. Sie bekamen Variola-Efflorescenzen an den Händen. Zwei andere Töchter durften sich ihr erst nähern, als sie schon im Sterben lag, und küssten sie in ihrer Aufregung; sie bekamen Efflorescenzen im Gesichte und den Nachbartheilen. Bei zweien der so Geimpften trat allgemeine Variola-Infektion auf, und zwar in der Weise, dass am fünften Tage nach dem Auftreten der Impfpusteln im Gesichte und an den Extremitäten die Variola-Eruption sich einstellte. Doch kamen die Pusteln wenig zur Entwicklung unter hochfebrilem Verlaufe mit kritischem Abfalle, wie er gewöhnlich bei der Variola aufzutreten pflegt, und beide Fälle endeten mit Genesung. Alle vier waren vaccinirt gewesen. (Allg. med. Centralztg., 1877, Nr. 11.)

Im „Deutschen Archiv f. klin. Medizin", XVIII, S. 125, betont Prof. F. A. Zenker, dass die eigenthümlichen Krystalle, welche bei der Leukämie in der Milz, im Knochenmarke und im Blute gesehen und namentlich von Neumann ausführlich studirt wurden, zuerst von Charcot 1853 beschrieben worden sind; daher die Benennung „Charcot'sche Krystalle". Er selbst hat diese Krystalle bereits zwei Jahre früher gesehen (aber nicht beschrieben). In drei Fällen von Leukämie fand er sie konstant in

der Milz und in zwei Fällen im Blute, aber hier schieden sie sich erst post mortem aus. Auch beobachtete er eine innige Beziehung zwischen ihnen und den farblosen Blutkörperchen der Art, dass die Krystalle jenen bald an der Aussenfläche anklebten, bald theilweise in dieselben hineingespiesst waren, theils ganz in ihrem Inneren lagen. Demnach scheinen die farblosen Blutzellen jenen Stoff zu enthalten, der post mortem zu den charakteristischen Formen auskrystallisirt. Da die Krystalle besonders reichlich in der Milz und im Knochenmarke vorkommen und diese beiden Gebilde mit der Bluterzeugung zu thun haben, so liegt die Anschauung nahe, dass die farblosen Blutzellen aus diesen Organen den krystallisationsfähigen Stoff herholen. Eine besondere Bedeutung erhalten die Krystalle durch Leyden's Entdeckungen beim Bronchialasthma. An sich selbst fand Zenker diese Beobachtung bestätigt. Aber er fand diese Krystalle auch in drei Fällen von fibrinösem Bronchialgerinnsel (Charcot, Friedreich), ohne dass sie hier einen konstanten Befund darstellen. Endlich traf er sie auch noch in einem fibro-sarkomatösen Tumor der Leber vor. Von Eichhorst wurden sie ein Mal aus dem Eiter eines operirten Empyemes ausgeschieden gesehen. Ueber die chemische Natur der in Rede stehenden Krystalle konnte Zenker nichts ermitteln. —

Prof. Dr. Lücke zu Strassburg weist (im Centralblatt f. Chir., 1876, Nr. 43) auf die Perkussion der Knochen hin und hebt hervor, dass dieselbe in zweierlei Absicht vorgenommen werden könne: 1) um eine schmerzhafte Stelle zu erkennen, 2) um allenfallsige Differenzen vom normalen Schalle herauszufinden. Die methodische Ausbildung der Knochenperkussion zu ersterem Zwecke hält er gerade jetzt für wünschenswerth, wo das Bestreben herrscht, die centralen Erkrankungsherde in den Knochen einer frühzeitigen operativen Behandlung zu unterziehen. Hinsichtlich der Schalldifferenzen am normalen beziehungsweise pathologischen Knochen wird nach Verf. Folgendes angegeben: Im normalen Zustande geben die gleichnamigen Röhrenknochen beiderseits dieselbe Schallhöhe sowohl bei Lebenden als an der Leiche; ebenso die aus den Gelenken gelösten und mit den Weichtheilen in Zusammenhang gelassenen Knochen. Die Epiphysen geben einen höheren Schall als die Diaphysen. Frischgeheilte Frakturen geben dagegen einen tieferen Schall. Erkrankte Gelenkepiphysen — chronische centrale Ostitis — geben ebenfalls einen tieferen Schall. Dagegen zeigte in einem Falle von chronischer Gonitis die Diaphyse der kranken Tibia, welche osteoporotisch war, gegenüber der gesunden Diaphyse, einen bedeutend höheren Schall. Man nimmt die Perkussion einer Extremität am besten vor, indem man dieselbe in die Höhe hebt. —

Durch die Mittheilung genauer Krankheitsgeschichten beweist Dr. Weir Mitchell 1) dass bei einer nicht geringen Anzahl von an Kopfschmerzen Leidenden die Krankheit auf Störungen der Refraktion oder der Accommodation der Augen zurückzuführen sei; 2) dass die eigentlichen Symptome der Augenaffektion gegen die beobachteten Hirnerscheinungen ganz in den Hintergrund treten können; 3) dass die längere Dauer dieser Sehstörungen die oft nicht geahnte Ursache von Schlaflosigkeit, Schwindel, Erbrechen und allgemeiner Kräfteabnahme sein kann; 4) dass endlich die Augenstörungen nach Allgemeinkrankheiten, welche den Organismus schwächen, oder nach gemüthlichen Aufregungen gleichsam plötzlich in die Erscheinung treten können. Aus den beigebrachten Krankheitsgeschichten geht hervor, dass namentlich Hypermetropie und Astigmatismus diejenigen Krankheiten des Sehapparates sind, welche am häufigsten Allgemeinstörungen hervorbringen. (Americ. Journ. of med. sciences, 1876, p. 363.) —

Für Zahnoperationen gibt Moreau-Marmout unter den Anästheticis dem Stickstoffoxydul- oder Lach-Gase, welches sich durch seine relative Ungefährlichkeit auszeichnet, den Vorzug. Nach einer Statistik von Darin kommen nämlich auf Narkosen durch Chloroform 53 Todesfälle auf 152260 = 1:2872, durch Aether 4 auf 92815 = 1:23203, durch Lustgas 3 auf 300000 = 1:100000, wobei einer der letztgenannten Todesfälle noch einem Zufalle, nämlich dem Hineingerathen eines Korkes in die Luftwege, zuzuschreiben ist. Verf. versucht auch eine theoretische Erklärung von der geringeren Gefährlichkeit des Stickstoffoxyduls gegenüber Chloroform und Aether zu geben und hofft übrigens, dass auch in der Chirurgie für kleinere Operationen das Stickstoffoxydul eine

häufigere Verwendung finden werde wie bisher. (Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften, 1876, Nr. 53.) —

Die Spermatokelen werden in neuerer Zeit allgemein als Retentionskysten der Samenkanälchen des Nebenhodens angesehen und ihre Entstehung — abgesehen von dem hypothetischen Einflusse sexueller Enthaltsamkeit — auf mechanische Verstopfung des Samenleiters oder partielle Verödung des Nebenhodens zurückgeführt. Prof. M. Roth in Basel findet diese Prädisposition für die Anhäufung von Samenflüssigkeit in der eigenthümlichen anatomischen Anordnung des Nebenhodens begründet. Die Enge der Coni vasculosi im Vergleiche zum Lumen der dem Hoden näher gelegenen Vasa efferentia erschwert den Abfluss in den Canalis epididymidis, dessen stark gewundener Verlauf gleichfalls Retentionen veranlassen kann. Meist jedoch handelt es sich um Samenanstauung in einem kongenitalen blindsackförmigen Vas aberrans. Die Kyste steht dann nur am einen Ende mit den samenleitenden Wegen in Verbindung und stellt bald gestielte, bald breit aufsitzende Divertikel eines samenführenden Kanals dar. Danach muss man Kontinuitätskysten und terminale oder Endkysten unterscheiden. Auch die vom Rete testis ausgehende Spermatokele kann als kystische Erweiterung eines hier vorkommenden Vas aberrans aufgefasst werden, bei dessen frühzeitiger Abschnürung sich eine dem Rete testis aufsitzende, mit zylindrischem Flimmerepitel ausgekleidete seröse Kyste findet. (Virchow's Archiv, Bd. 68, S. 101.) —

Aus 39 von ihm selbst beobachteten Fällen von Erythema exsudativum zieht Prof. G. Lewin folgende Schlüsse: 1) Das Erythema exsudativum ist eine vasomotorische Neurose. — 2) Dasselbe durchläuft mehrere Entwicklungsphasen. In der ersten Phase entwickeln sich ohne oder mit, selbst fieberhaftem, Prodromalstadium, symmetrisch auf beiden Körperhälften, subkutane Infiltrationen in verschiedenen Formen (Eryth. tubercul., papulat., nodosum) sowie rothe Flecke auf der Haut, ebenfalls mit mannigfacher Formenbildung (Eryth. marginat., annullare, Iris). In einer Anzahl von Fällen tritt nach mehr oder weniger langer Zeit ein zweites Krankheitsbild auf, welches unter fieberhafter Steigerung, zuweilen bis über 41,0°, folgende Erscheinungen darbietet: a) Es bilden sich unter rheumatoiden Schmerzen pustelartige Efflorescenzen auf den erythematösen Hautstellen aus, so dass der Symptomencomplex dem der ächten Pocken täuschend ähnlich werden kann. b) Es treten entzündliche Affektionen theils seröser theils eiteriger Natur in den verschiedensten Gelenken auf, so dass die Krankheit zuweilen das Bild eines Rheumatismus acutus darbietet, andererseits auch Ankylose der betroffenen Gelenke stattfinden kann. c) Es treten valvulare Endokarditiden zu Tage, welche sogar zu Klappenfehlern führen können. Vielleicht finden hierdurch manche Fälle von chronischen Herzerkrankungen ihre Erklärung. — Rücksichtlich der ätiologischen Momente glaubt Lewin ausser einer vorangegangenen Erkältung besonders bei Frauen eine Entzündung, eventuell Ulceration der Urethra heranziehen zu müssen und stützt er sich hierbei auf die Beobachtung, dass ein grosser Theil der mit Erythema behafteten Frauen zugleich eine derartige Genitalaffektion dargeboten habe, sowie auf das bei einer Kranken ausgeführte Experiment, bei welcher nach mechanischer und chemischer Reizung der Harnröhre ein Recidiv von Erythema exsudativum auftrat. Schliesslich weist er noch auf das zuweilen epidemische Vorkommen der Krankheit hin. (Berl. klin. Wochenschr., XIII, 23.)

In Langenbeck's Archiv 20. Band theilt M. Nedopil fünfzehn Fälle von Karzinom der Mundschleimhaut (an Lippen, Wangen und Zunge) mit, in welchen der Entwicklung des Krebses die als Psoriasis buccalis oder Plaques opalines beschriebene Affektion der Mundschleimhaut vorausging. Die Patienten waren sämmtlich Männer, meist starke Raucher; Verfasser hält den vom Tabaksrauche ausgeübten Reiz und konstitutionelle Syphilis für die wichtigsten ursächlichen Momente für die Entstehung der Psoriasis buccalis. Die Therapie war diesem Leiden gegenüber bisher machtlos; bei geringer Ausdehnung der Flecken würde die Exzision zu empfehlen sein. Es ist durchaus nicht richtig, dass die Psoriasis buccalis ein lange dauerndes Anfangsstadium des Karzinoms sei, dieselbe ist vielmehr nur als eine dauernde Reizung anzusehen, welche ähnlich wie andere Reizungen nach vieljähriger Dauer end-

lich zur Karzinom-Entwicklung führt. Was das anatomische Bild betrifft, so sind dessen Hauptcharaktere: Verdickung der Epitelschichte, Abflachung der Papillen, Schwellung der Schleimhaut durch entzündliche Infiltration, welche oft zur Bildung fibrösen Gewebes führt. Nedopil geht von der Ansicht aus, dass die Epitelien und die Karzinomzellen von den Elementen des Bindegewebes abstammen, doch liefert er keine neuen Beweise für dieselbe. — Im Anschlusse an vorstehende Veröffentlichung theilt E. Ludwig am gleichen Orte das Ergebniss einer Untersuchung von türkischem Cigarettentabak mit, welche er vornahm, um vielleicht die reizende Wirkung des Tabaksrauches auf die Mundschleimhaut zu erklären. Er fand als hauptsächlichste Bestandtheile kohlensaures Ammoniak, Theer und kleine Mengen von Karbolsäure. —

Während man früher die durch die Flimmerbewegung erzeugte Kraft für so gering erachtete, dass man ihr nur die Fortbewegung sehr kleiner und leichter Gegenstände zutrauen zu dürfen glaubte, hat nach Bowditch's Angabe Jeffries Wyman zuerst die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass die von den Cilien entwickelte Kraft keine ganz unbedeutende ist. Er fand nämlich, dass eine Belastung von 1—3 Grm., die auf einer Oberfläche von 12 □ Mm. flimmernder Gaumenschleimhaut des Frosches ruht, in einer Minute 15 Mm. fortbewegt wurde und dass 48 Grm., auf einer Oberfläche von 14 □ Mm. lastend, wenn auch sehr langsam, die ganze Schleimhaut entlang getrieben wurden. In diesen Versuchen bestand die Arbeitsleistung der Cilien in der Ueberwindung der Reibung der Last auf der Schleimhautoberfläche; dagegen stellt die Bewegung auf horizontaler Bahn keine Arbeitsleistung vor, welche durch Kilogrammeter ausgedrückt werden könnte. Um dies zu ermöglichen, wiederholte Bowditch die Versuche Wyman's, aber mit der Modifikation, dass er die flimmernde Oberfläche in eine solche zur Horizontalen brachte, dass die auf ihr ruhende Belastung, wie auf einer schiefen Ebene oder gar vertikal aufwärts bewegt wurde. Aus einer grossen Anzahl von Bestimmungen, welche übersichtlich in Tabellen geordnet sind, ergab sich hiebei, dass die grösste Arbeitsleistung bei geringster Belastung erzielt wird; mit zunehmender Belastung nimmt die Geschwindigkeit der Fortbewegung ab, aber nicht proportional der Belastungszunahme, sondern in steigendem Verhältnisse. Als Maximum der Arbeitsleistung ermittelte Bowditch für jeden □ Ctm. der Oberfläche in der Minute 6.805 Grm.-Mm. Doch ist es noch sehr wahrscheinlich, dass unter besseren Bedingungen die Arbeitsleistung höher ausfallen würde. Mit Hilfe der Annahme, dass die Kraft der Flimmerbewegung von den Flimmerzellen allein ausgeht, findet Bowditch aus den Dimensionen und dem spezifischen Gewichte der Flimmerzellen, welches er dem des Wassers gleichsetzt, dass die von den Flimmerzellen entwickelte Arbeitsleistung gleichkommt der Erhebung ihres eigenen Gewichtes auf 4.253 Meter. Für die quergestreifte Muskulatur (Herz) hat man bekanntlich eine 35 Mal grössere Arbeitsleistung berechnet. (Boston med. and. surg. Journ., 1876.) —

Nach Erörterung der die Schlaflosigkeit bewirkenden Ursachen stellt Fothergill die Indikationen für die bisher gegen dieses Leiden empfohlenen Mittel in nachfolgender Weise zusammen: 1) Das Opium ist dann angezeigt, wenn Schmerz die Schlaflosigkeit veranlasst; ist zugleich eine Reizung im Gefässsysteme vorhanden, dann soll man mit diesem Mittel Aconit und Antimon verbinden. — 2) Hyoscyamus ist von Nutzen, wenn Schlaflosigkeit durch ein Nierenleiden entstanden ist. — 3) Chloralhydrat ist unwirksam bei Schlaflosigkeit in Folge von Schmerzen, jedoch ein Hypnoticum par excellence bei Schlaflosigkeit im Fieber, zumal im kindlichen Alter. Schädlich ist dieses Mittel bei Verstimmungen, Hirnerschöpfungen und in der Schlaflosigkeit bei Melancholie. — 4) Bromkali wirkt sedativ entweder auf die Hirnzellen oder auf die Hirngefässe und ist in den Fällen indizirt, in welchen peripherische Reize vorhanden sind, und sehr wohlthätig bei Schlaflosigkeit in Folge von Leiden der Beckenorgane. — 5) Alkohol ist ein mächtiges Hypnoticum in den Fällen, in welchen Schlaflosigkeit von Traurigkeit, Verstimmung und Gemüthsstörungen herrührt. (Annales et Bulletin de la Société de Médecine, X. Livraison, 1876.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 10. *Erlangen*, am 10. März 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 3 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Lehre vom rothen Thrombus. Ueber syphilitische Nervenaffektionen. Histologische Veränderungen des Epitelioms. Subkutane Kalomelinjektionen gegen Syphilis. Beziehungen zwischen idiopathischer Parotitis und Eruptionsfieber. Bildung von Granulationsgewebe Ursache krankhafter Vorkommnisse der Skrophulose. Resultate aus Beobachtungen an mitgetheilten oder übertragenen Entzündungen. Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Nervenphysiologie für die Dermatosen.

Zur Lehre vom rothen Thrombus theilt der Prosektor Dr. Paul Baumgarten zu Königsberg i. Pr. dem Centralblatt f. d. med. Wissenschaften (1877, Februar 24.) mit, was folgt: „Nachdem Virchow die bisherigen Anschauungen über Gefässentzündung und Thrombose von Grund aus umgestaltet hatte und zu dem Resultate gelangt war, dass Verlangsamung oder vollkommene Stauung des Blutstromes die Hauptbedingung für die Gerinnung des Blutes innerhalb des Gefässsystemes sei, und nachdem Brücke in dem belebenden Einflusse der Gefässwand das wesentliche Moment für das Flüssigbleiben des Blutes erkannt hatte, wird die Lehre von der Thrombosis (rothe, gewöhnliche Gerinnungsthrombose) im Grossen und Ganzen von diesen Auffassungen beherrscht. Zur weiteren Begründung der Brücke'schen Theorie hat Durante in neuester Zeit darauf hingewiesen, dass schon „entzündliche Veränderungen des Endotels“ die Gerinnung einzuleiten vermögen, und Szumann das durch „Verletzung der Intima“ (Ligatur u. s. w.) gebildete Fibrinferment Alexander Schmidt's als Ursache der Thrombose in Anspruch genommen. — Ich selbst bin nun, gestützt auf eine sehr grosse Zahl von Experimenten (an Kaninchen ausgeführt) in der Lage, den Nachweis zu führen, dass, wenn man unter strenger Anwendung eines aseptischen Verfahrens mit möglichster Schonung der Gewebe operirt, das Blut sich, sowohl in einfach als auch doppelt in der Kontinuität unterbundenen Gefässen fast ausnahmelos über Wochen und Monate hin flüssig erhält. Als damit in Uebereinstimmung erwähne ich, dass ich kürzlich in zwei Fällen das Blut in den Nabelarterien vierwöchentlicher Kinder trotz vollständiger Obliteration des Nabelendes flüssig oder locker, nach Art eines Leichengerinnsels geronnen, vorfand. Also kann Ruhestellung des Blutes nicht die Ursache der Gerinnung in den Gefässen sein! Weiterhin aber lässt sich aus obigem Resultate ableiten, dass erstens, da die Intima der ligirten Gefässe in meinen Versuchen regelmässig gesprengt war, die Verletzung der Intima weder unmittelbar (Brücke) noch mittelbar (Szumann) die Bedingung der Thrombusbildung sein kann; dass ferner, da sich innerhalb der unterbundenen Gefässe konstant eine typische Wucherung des Endotels ausbildet, die Blutgerinnung nicht von, wenigstens innerhalb bestimmter progressiver Formen sich haltenden, Veränderungen der Endotelien abhängig sein kann. Da nun, wenn ich die Wand der doppelt ligirten Gefässstrecke mit Krotonöl bestrich, in welchem Falle die Gefässwand nekrotisch und regelmässig innerhalb dieser doppelt unterbundenen Stelle ein Thrombus gebildet wurde, ober- und unterhalb aber der bestrichenen doppelt ligirten Stelle häufig der Thrombus ausblieb trotz hochgradiger hämorrhagischer Entzündung der äusseren Gefässhaut und steter gleichzeitiger entzündlicher Schwellung der Endotelien, so geht daraus hervor, dass, drittens, die Thrombose auch

nicht durch in hochgradiger Entzündung sich aussprechende Veränderungen der Gefässwand bedingt sein kann, und dass, viertens, auch nicht das Zusammenwirken von Ruhe, Intimaverletzung und Gefässentzündung als die wesentliche Ursache der Bildung des Ligaturthrombus angesehen werden darf. — Wenn sonach der Virchow'sche Satz, dass sich Gefässentzündung und Thrombose nicht decken, einen neuen experimentellen Beleg erhalten hat, so liegt darin auch wiederum kein Widerspruch gegen die Brücke'sche Theorie. Ein entzündeter Theil hört nicht nothwendig auf zu funktioniren, zu „leben" (Brücke). Erst wenn der entzündliche Reizzustand in Nekrose endigt, koagulirt das Blut. Da sich aber auch häufig das Blut geronnen findet in entzündlich veränderten Gefässen, welchen nicht die anatomischen Merkmale der Nekrose zugesprochen werden können, wie ich dies bei nicht desinfizirender Operationsmethode zu beobachten Gelegenheit hatte, wobei die entzündlichen Prozesse eine grosse Neigung zeigten, bis zur Eiterung vorzuschreiten, welche dagegen bei streng aseptischem Verfahren stets ausblieb, so müssen wir annehmen, dass die Gerinnung des Blutes in abgeschlossenen Gefässen des lebenden Thierkörpers entsteht, entweder 1) wenn wir die Brücke'sche Anschauung festhalten wollen, durch die Vernichtung des das Blut in seiner Integrität erhaltenden Einflusses der Wand, sei es in Folge totaler textueller Zerstörung derselben, sei es in Folge einer funktionellen Lähmung, bedingt durch zu grosse formative Reizung oder durch Infektion; oder 2) durch Aufnahme von solchen chemisch wirkenden Stoffen, welche geeignet sind, in dem Blute die zur Gerinnung führenden Vorgänge (Fermentbildung A. Schmidt's) auszulösen, welche Stoffe bei ihrem Durchgange durch die Wand die Textur derselben nicht direkt zu vernichten oder spezifisch zu alteriren brauchen". —

Dr. R. W. Taylor zu New-York berichtet im „Journal of nervous and medical diseases", 1876, über eine Reihe Fälle von syphilitischen Affektionen des Nervensystemes, an welche er mehrere allgemeine Bemerkungen anschliesst. Es sind dies einerseits Fälle mit dem Symptomenkomplexe einer subakuten Meningitis und andererseits solche mit Störungen der Intelligenz und der Sinnesorgane, endlich solche von chronischer Erkrankung der Gefässe mit Hemiplegie. Die Gruppe der Fälle mit meningitischen Erscheinungen umfasst drei Fälle. Der erste betrifft einen 24jähr. Mann, der durch die Syphilis sehr herabgekommen war, sich nicht behandeln liess und bei welchem im achten Monate der Syphilis, ohne dass dieselbe früher schwere Erscheinungen dargeboten hätte, nervöse Symptome auftraten. Der zweite Fall betrifft einen schwachen, phthisischen, 32jährigen Mann, bei welchem die Syphilis trotz der Behandlung sehr rapide verlief und im vierten Monate, nach vorübergehender Besserung, zu wesentlicher Beeinträchtigung der Intelligenz führte. Der dritte Fall endlich betrifft einen 68jährigen schwächlichen Mann, bei welchem im 22. Monate des Bestandes der Syphilis Gehirnsymptome sich entwickelten. Bei keinem dieser drei Patienten waren noch tertiäre Erscheinungen vorhanden gewesen. Die nervösen Symptome waren jene einer subakuten Meningitis, hohes Fieber, Erweiterung der Pupillen, Delirien, Hallucinationen, Gedächtnisschwäche etc. Die Krankheit begann mit dem Gefühle grosser Hinfälligkeit und mit Kopfschmerzen, dann folgte Schwindel, nächtliche Unruhe und Schlaflosigkeit, Verwirrung der Gedanken und Gedächtnisschwäche; zu den Vorläufern gehören auch zuweilen Hyperästhesie der Sinnesorgane und nächtliche Delirien. Nach zwei Wochen bis zwei Monaten beginnen die schwereren Störungen, die Temperatur steigt auf 38°, der Puls auf 100 und darüber, es treten Delirien auf, Bewusstlosigkeit, Symptome einer kompleten Adynamie, wie bei einem schweren Abdominaltyphus, ausnahmsweise auch Lähmungen und epileptische Krämpfe. Nach einer antisyphilitischen Behandlung können alle diese Symptome wieder schwinden und es bleibt meist nur eine auffallende Verstimmung, so dass die Prognose nicht schlecht ist, wenn die Kranken früher nicht antisyphilitisch behandelt worden waren. Die Dauer der meningitischen Erscheinungen ist eine sehr ungleiche; sie beträgt jedoch mindestens zwei Monate. — Als Beispiel der zweiten Gruppe erzählt Taylor die Krankengeschichte einer 22 Jahre alten, verheiratheten Frau, welche ein Jahr nach der Infektion, nachdem sie eine Roseola, ein papulöses Exanthem und Iritis durchgemacht hatte, heftige Supraorbitalschmerzen bekam, sowie zugleich eine sehr auffällige Verstimmung des Gemüthes — sie wurde melancholisch, traurig, argwöhnisch und reizbar — Gedächtnisschwäche und

Schwindel sich einstellten. Sie klagte auch über sonderbare analgische Symptome, ein Gefühl von Taubsein an der äusseren Fläche des Vorderarmes und am Handrücken und über eine Unsicherheit beim Auftreten (Ataxie). Auf eine antisyphilitische Behandlung besserten sich alle diese Erscheinungen, ohne vollständig zu schwinden. Fournier hat ähnliche Symptomenkomplexe bei syphilitischen Frauen öfter beobachtet. — Endlich theilt Verfasser einen in die dritte Gruppe gehörigen Fall mit. Ein 26 Jahre alter Mann von zarter Konstitution und phthisischer Abstammung zeigte, trotz einer sehr sorgfältigen Behandlung, im dritten Monate des Bestandes seiner Syphilis die ersten nervösen Störungen nebst grossem Schwächegefühle, Schlaflosigkeit, Schwindel, allgemeines Zittern bei geringfügigem Anlass, heftige Kopfschmerzen. Der Schwindel wurde so heftig, dass Patient öfters zusammenfiel und sich endlich in das Spital aufnehmen lassen musste. Im fünften Monate der Krankheit trat eines Tages plötzlich Lähmung der oberen und unteren Extremität einer Seite auf und die Kopfschmerzen nahmen an Heftigkeit bedeutend zu. In den nächsten fünf Wochen besserte sich wohl die Lähmung der linken Seite, dagegen stellte sich plötzlich eine vollständige Hemiplegie der rechten Seite ein, der Kranke kam enorm herab, delirirte öfter, bekam einen stupiden Gesichtsausdruck, lachte und weinte ohne genügenden Grund. Im weiteren Verlaufe besserten sich alle Erscheinungen mehrere Male für kurze Zeit, so dass der Kranke einige Tage lang sogar auf Krücken wieder umhergehen konnte; Besserungen und Verschlimmerungen wechselten auch im weiteren Verlaufe, endlich entwickelte sich eine komplete Dementia und Patient starb im 13. Monate seiner Syphilis an Gehirnerweichung. Der Obduktionsbefund ist nicht angegeben. —

In den „Med.-chir. Transactions", London, LIX, S.-A., beschreibt G. Thin einige histologische Veränderungen des Hautkrebses oder Epitelioms. In seinen Auffassungen von der Entwicklung der karzinomatösen Neubildungen der Haut nimmt derselbe eine von allen anderen Autoren durchaus verschiedene Stellung ein. Erstens leugnet er jede selbstständige Proliferation der präexistirenden Epitelien des Rete Malpighii sowohl als derjenigen der Talg- und Schweissdrüsen, indem er alle auf einen solchen Vermehrungsprozess deutenden Veränderungen an den Zellen, wie die Kerntheilung, zum Theile für Kunstprodukte bei der Behandlung der Objekte, zum Theile für degenerative Vorgänge erklärt. Die Epitelien können sich, jede Zelle für sich, vergrössern, bis auf das Dreifache an Volumen zunehmen, aber niemals neue Zellen weder durch Theilung noch auf dem Wege der endogenen Zellenneubildung hervorbringen. Zum Anderen supponirt Thin auch für das Korium seine Theorieen von der Struktur des Bindegewebes. Mit denselben Argumenten wie bei dem Epitel bestreitet er auch für die fixen Zellen des Bindegewebes, deren er bekanntlich sternförmige, platte und spindelförmige unterscheidet, eine Wucherung durch Nucleation und Cellulation. An Präparaten, welche er mittelst $^1/_4$proz. Osmiumsäure angefertigt hat, ist er vielmehr in der Lage, sich zu überzeugen, dass die sämmtlichen neugebildeten im Bindegewebe liegenden Rundzellen und ausserdem die Epitelien ihren Ursprung Lymphkörperchen verdanken, welche aus den Spalten zwischen den „Tertiärbündeln" (v. Recklinghausen's Saftkanälchen) ausgewandert sind. Ein Karzinom der Haut entsteht demnach in der Weise, dass 1) die normalen Zellen des Rete oder manchmal stärker die Epitelien der Talgdrüsen anschwellen und sich vergrössern. Hierdurch wird 2) ein Druck auf das Bindegewebe der Papillen und das Korium ausgeübt, welcher eine Absorption der Primärbündel und einen Zerfall der Bindegewebsstruktur zur Folge hat. In den Lymphräumen kommt es nun zu einer Ansammlung von Lymphzellen, welche in den entlegeneren Schichten reihenweise die Spalten zwischen den Tertiär- und Sekundär-Bündeln ausfüllen, näher der erkrankten Oberfläche jedoch, wo, wie erwähnt, die Bündel zerfallen sind, in dichten Haufen beisammen liegen. Je näher nun diese Lymphzellen an die Zellen des Rete Malpighii reichen, um so grösser werden sie selbst und besonders ihre Kerne, so dass alle Uebergänge von ihnen zu veritablen Epitelzellen durch Acidum osmicum nachgewiesen werden können. Während dieser Weg der Epitelregeneration auch für jede einfache Entzündung der Haut angenommen wird, liegt das Besondere des Karzinoms nach Thin darin, dass dieses „epitelbildende Agens" seine Wirkung nicht auf die dem normalen Epitel nächstgelegenen Lymphzellen beschränkt, sondern auch beliebig weiter im Bindegewebe vorfindliche Lymphzellen ergreift und sie in platte

grosskernige Epitelzellen umwandelt. Verf. steht am Schlusse seiner Arbeit nicht an, diese Ansichten über Zellenneubildung und Krebswachsthum auch auf die Karzinome aller übrigen Organe zu übertragen. —

Th. Kölliker, Assistent der syphilitischen Abtheilung zu Würzburg, begann im Winter 1875/76 die Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen, welche bis Ende des Sommers 1876 fortgesetzt wurde. Diese Injektionen wurden mittelst der vollständig mit Hartgummi montirten Pravaz'schen Spritze vorgenommen und als Injektionsstelle zuerst die seitliche Rückengegend und später die seitliche untere Bauchgegend gewählt. Die Injektionsflüssigkeit bestand aus einer Kalomelsuspension, welche nach verschiedenen Versuchen in folgender Weise normirt wurde: Rp. Calomel. 3.0, Glycerin. 30.0. D. ad vitr. nigr. Anfänglich wurde bis 0.2 pro dosi injizirt, bald aber auf 0.1, 0.05 herabgegangen und schliesslich 0.05 für Erwachsene, 0.025—0.03 für Kinder fortgesetzt. Im Beginne der Versuche wurden die Injektionen ziemlich weit (10—14 Tage) auseinandergeschoben, während im weiteren Verlaufe die ersten Injektionen jeden fünften, die letzten jeden vierten Tag vorgenommen wurden; dabei betrug die Zahl der Injektionen durchschnittlich sechs. Im Allgemeinen wurden bei der Injektionskur die von v. Sigmund für die Inunktionskur gegebenen Vorschriften beobachtet. — Im Vergleiche mit anderen Methoden der subkutanen Quecksilbereinverleibung fällt nach Verfasser die Häufigkeit der Abszesse bei den in Rede stehenden Einspritzungen auf, die übrigens stets gutartig verliefen; nur in einem Falle war ein bedeutender Abszess zu registriren. Dafür traten aber die allgemeinen Symptome der Hydrargyrose sehr in den Hintergrund und hat Verf. von dieser nur wenige und leichte Fälle von Stomatitis verzeichnet. Das Allgemeinbefinden leidet bei der Injektionskur mit Kalomel nicht im mindesten und ergaben regelmässig vorgenommene Wägungen in den meisten Fällen eine und zwar oft nicht unbedeutende Zunahme des Körpergewichtes. — Zur Behandlung kamen alle Kategorieen der Syphilis und vertheilen sich die 46 beobachteten Fälle folgendermassen: Syphilis papulosquamo-condylomatosa 36 Fälle, S. gummosa 4 Fälle und S. hereditaria 6 Fälle. Besonders günstige Erfolge wurden mit den subkutanen Kalomel-Einspritzungen bei der Initialsklerose, den Haut- und Schleimhaut-Affektionen der ersten Periode erzielt, auch war der günstige Einfluss auf Haut-, Schleimhaut- und Knochen-Erkrankungen der späteren gummösen Periode nicht zu verkennen. Ebenso wurden bei Schwangeren und Kindern die besagten Injektionen mit guten Resultaten angewendet. — Von Recidiven wurden drei Fälle konstatirt, nur in einem derselben trat das Recidiv in einer höheren Form der Erkrankung auf. Die Vorzüge der in Rede stehenden Behandlungsweise fasst Kölliker schliesslich in folgenden Sätzen zusammen: 1) Die Methode ist leicht und angenehm auszuführen und gestattet die oft nicht zu vermeidende ambulante Behandlung. 2) Die Folgen der Quecksilber-Einverleibung sind sehr gering; in Folge dessen leidet 3) das Allgemeinbefinden nicht, sondern wird in den meisten Fällen gehoben. — Mit den Sublimat-, Quecksilberalbuminat- und Bicyanuret-Einspritzungen theilt die Methode den Vorzug der genauen Dosirung, hat aber das voraus, dass die Zahl der erforderlichen Injektionen eine viel geringere ist; auch ist die Schmerzhaftigkeit der Encheirese im Vergleiche mit der bei subkutanen Sublimatinjektionen gleich Null. Die einzige unangenehme Beigabe, wie auch schon Zeissl bemerkt hat, ist die immerhin grosse Zahl der Abszesse. — Verfasser möchte die subkutanen Kalomelinjektionen der Inunktionskur an die Seite stellen und dieselben für besser erachtet als die übrigen Methoden der Syphilisbehandlung. Indizirt wären sie daher: 1) bei ambulanter Behandlung der Syphilis. 2) Bei Kranken, bei welchen die Inunktionskur merkuriellles Ekzem hervorruft. 3) Bei Kranken, bei welchen in Folge der Beschaffenheit der Mundorgane eine heftige Stomatitis in Aussicht steht. 4) In Fällen, in welchen zahlreiche Hautgeschwüre die Inunktionskur unmöglich machen. 5) Bei anämischen schwachen Individuen, um Verdauungsstörungen zu vermeiden. (Centralblatt f. Chirurgie, 1877 Nr. 7.) —

In einer Arbeit über die Beziehunge zwischen idiopathischer Parotiti und dem Eruptionsfieber sucht Pro Léon Colin auf Grund vieler von ihm i der Armee gemachten Beobachtungen di beiden einander scheinbar entgegengesetzte Ansichten zu vereinigen, wonach nach de Meinung der Einen das Auftreten der idiopa

thischen Parotitis von atmosphärischen Einflüssen abhängt, nach der Meinung der Anderen jedoch durch eine spezifische Ursache, analog den Eruptionskrankheiten, bedingt ist. Rücksichtlich der ersteren Ansicht sei es kein Zweifel, dass in feuchten Gegenden zur Jahreszeit der grossen Temperaturschwankungen die Affektion häufiger sei als sonst und dass sie auch in der Armee bei den schroffen Erkältungen ausgesetzten Soldaten, z. B. Schildwachen, besonders häufig aufzutreten pflege. Colin vertritt die Ansicht, dass zwar eine Erkältung etc. an und für sich nicht im Stande ist, den Mumps zu erzeugen — wie er auch in der Armee nie einen sporadischen Fall beobachtet habe — dass aber bei vorher erworbener Disposition atmosphärische Einflüsse äusserst günstige Faktoren für die Entwicklung der Affektion sein können. Das durch spezifische Einflüsse bedingte Auftreten der Krankheit sowie die damit zusammenhängende Identitätsfrage mit den Eruptionsfiebern betrachtet Colin 1) rücksichtlich der Art seiner Verbreitung und 2) rücksichtlich der klinischen Analogieen zwischen beiden Krankheitsgruppen. Was den ersten Punkt betrifft, so zeigt sich die Aehnlichkeit mit den Eruptionskrankheiten durch die bereits von Billiet und Trousseau konstatirte Uebertragbarkeit; durch die Immunität nach einmaliger Ueberstehung; durch die Eigenthümlichkeit, wohl in sehr circumscripten Epidemieen (Kasernen, Pensionate), niemals aber sporadisch aufzutreten; durch die Häufigkeit der Erkrankungen bei jungen Leuten und Soldaten, von welchen letztere grösstentheils vom Lande, die Krankheit noch nicht überstanden haben, ausserdem aber durch ihre Lebensweise einer etwa möglichen Kontagion sehr ausgesetzt sind; ferner durch das successive Auftreten unter den verschiedenen Theilen der Bevölkerung, je nach der Verbreitung des Krankheitskeimes. So haben die Epidemieen idiopathischer Parotitis denselben Charakter wie die der Masern und Pocken, dauern 18 Monate bis drei Jahre und entwickeln sich allmählig in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen und Ortsvierteln. Endlich ist noch das gleichzeitige oder wenigstens unmittelbar nach einander erfolgende Auftreten von Epidemieen beider Krankheitsformen zu erwähnen, wie insbesondere der Masern, bei welchen sogar noch eine Gleichartigkeit in der Schwere der Epidemieen stattzuhaben scheint. — In Bezug auf die Analogieen im Krankheitsbilde betont Colin, dass zwar die Mehrzahl der Fälle von Mumps fieberlos oder beinahe fieberlos verliefen, dass man jedoch hieraus keinen Schluss gegen die Zusammengehörigkeit beider Krankheitsformen machen dürfe, insoferne ja auch die Eruptionskrankheiten, z. B. Masern, bisweilen mit äusserst geringer febriler Steigerung aufzutreten pflegten; dass man aber auch andererseits an die freilich weniger zahlreichen, mit hochfebrilem Verlaufe und äusserst schwerer Allgemeininfektion einhergehenden Fälle von Parotitis denken müsse, welche im Beginne nicht selten das vollständige Gepräge eines typhösen Fiebers darböten, sowie an die Fälle, welche mit zuweilen tödtlichen Konvulsionen, mit rheumatischen Affektionen etc. einhergingen. Abgesehen von der von Rilliet in einem Falle konstatirten Abschuppung der Haut, ähnlich derjenigen beim Masernexantheme, sowie von der von Guéneau de Mussy beobachteten, von Anderen jedoch nicht bestätigten rosenrothen Färbung der Wangenschleimhaut, ist es namentlich die im Verlaufe der Parotitis auftretende ödematöse Schwellung des Gesichtes und der Extremitäten mit und ohne Albuminurie, welche die Krankheit unter die Kategorie der Eruptionsfieber einreihen lässt. Dass diese in vielen Fällen, ebenso wie die skarlatinöse, sehr gutartig verlaufende Komplikation zuweilen das schwerste Krankheitsbild darbieten kann, beweist Colin durch eine zum Schlusse ausführlich erzählte Krankengeschichte mit dem Titel: Orchitis und Parotitis; akute Albuminurie, Urämie, Tod. (Schmidt's Jahrb. der gesammt. Medizin, Bd. 172, Nr. 12.) —

Dr. J. Rabl hat gefunden, dass die weitaus grösste Zahl aller krankhaften Vorkommnisse der Skrophulose auf der Bildung von Granulationsgewebe beruht. Die Eigenthümlichkeit desselben beschreibt er nach frisch in Müller'scher Lösung untersuchten Präparaten. In den Riesenzellen werden weitere Entwicklungsformen von Lymph- und Bindegewebs-Zellen im weitesten Sinne des Wortes erkannt, die in Folge eines entzündlichen Reizes zur Proliferation getrieben wurden. Diesen Riesenzellen wird aber keine spezifische Bedeutung weder für die Skrophulose noch für irgend eine andere Neubildung zugeschrieben. Eigenthümlich ist der Befund von embryonalen elastischen Fasern in skrophulösen Narben, dieselben sollen aus Zellen hauptsächlich un-

ter Betheiligung des Kernes entstehen und bei einer recidivirenden Entzündung einen fettigen Zerfall eingehen. Das Granulationsgewebe soll sich bilden aus proliferirenden Bindegewebszellen und Wanderzellen, letztere besonders sollen durch ihre Wanderungen in den interstitiellen Lymphbahnen das Weiterkriechen des skrophulösen Prozesses bewirken. — Eingehend auf die skrophulösen Haut- und Schleimhautleiden, die Drüsenskrophulose und die skrophulöse Periostitis und Karies findet Rabl bei allen die gleiche Bildung des beschriebenen Granulationsgewebes. Aetiologische Momente der Erkrankung sieht er zunächst in äusseren Schädlichkeiten, verdorbener Luft und unpassender Nahrung, ferner in der Nachwirkung akuter Exantheme und in der Vererbung. — Sodann definirt er die Skrophulose selbst als eine eigenthümliche, nicht mit syphilitischer Infektion zusammenhängende Beschaffenheit des ganzen Körpers oder nur eines Theiles desselben, wegen welcher schon auf geringe Reize Entzündungen mit Bildung eines eigenthümlichen transitorischen Gewebes, des skrophulösen Granulationsgewebes, zu Stande kommen, die ein zähes Beharrungsvermögen und eine ausgesprochene Neigung zu Recidiven besitzen. — Auf das Verhältniss der Tuberkulose zur Skrophulose übergehend scheidet Rabl die Miliartuberkulose als eine Resorptionskachexie aus und betrachtet die Phthisis oder sogenannte Tuberkulose der inneren Organe als eine Unterart der skrophulösen Entzündungen. Hiermit stellt sich Rabl auf den Boden der von Rindfleisch in Ziemssen's „Handbuch der Pathologie und Therapie" ausgesprochenen Ansichten. (Wiener mediz. Jahrb., 1876, II, p. 157.) —

J. Burdon-Sanderson theilt drei Reihen von Experimenten mit, welche beweisen, dass eine ursprünglich einfache exsudative Entzündung durch Uebertragung des Exsudates auf Thiere derselben oder einer anderen Art ebenfalls übertragen werden kann (mitgetheilte oder übertragene Entzündungen), dass sie dabei aber an Intensität, ihre Produkte an Infektiosität zunehmen. Diese Zunahme tritt nicht successive und in einem bestimmten Verhältnisse auf, sondern sprungweise, wobei offenbar individuelle Verhältnisse der Thiere mit im Spiele sind. Bei den benutzten Meerschweinchen ist zwar die Empfänglichkeit der einzelnen Thiere für di Infektion eine nahezu gleiche, aber wesen lich verschieden ihre Widerstandsfähigkeit, un es macht jedes Mal die Infektiosität dan einen grossen Fortschritt, wenn ein solch Thier lange Widerstand leistet, so dass d Prozess Zeit hat, sich vollständig zu en wickeln. Die Entwicklung der höchsten I tensität der Entzündung kann bei diese Thieren schon nach einer zweimaligen Ueber tragung Statt haben, während Hunde auc dann noch leicht die Infektion überwinde dagegen ebenfalls unterliegen, wenn Exsuda tionsprodukte von hochgradiger Virulenz übe tragen werden. Das wichtigste Symptom d übertragenen Entzündungen während des Le bens ist die Temperatursteigerung, welch mit Krämpfen, Erbrechen, Tenesmus u. s. verbunden ist. Das Fieber darf jedoch nic ohne Weiteres als ein direktes Produkt d übertragenen virulenten Flüssigkeit betrachte werden, vielmehr scheint es eher eine direkt Folge von Prozessen zu sein, welche ihre Sitz in den entzündeten Theilen haben. Eigen thümlich ist die konstante charakteristische Be schaffenheit der hochgradig infektiven seröse Exsudatflüssigkeiten der Meerschweinchen Dieselben besitzen immer ein hohes spezifische Gewicht, koaguliren nicht und besitzen ein durchaus charakteristische Viskosität; sie ent halten Kugelbakterien und Dumbbells (nach den ersten Uebertragungen fanden sich auch stets stäbchenförmige Gebilde, die aber späte verschwanden) entweder isolirt, oder in Kolo nieen, oder von der Substanz der Eiterkörper chen eingeschlossen. Beim Hunde komm dazu noch ein beträchtlicher Gehalt an Hämo globin, der nicht von Extravasaten herrührt In Rücksicht auf die nie fehlende Anwesen heit von Mikrophyten in den infektiven Flüs sigkeiten meint Sanderson, dass sie siche in einem wichtigen Verhältnisse zu dem krank haften Prozesse stehen; er lässt sich abe über die Art dieses Verhältnisses und übe die Frage nach dem Herkommen der Organis men nicht weiter aus. (Centralblatt f. d. med Wissensch., 1877, 17. Februar.) —

Prof. G. Lewin zu Berlin hat sich de Aufgabe unterzogen, die auf dem Gebiete der Nervenphysiologie bisher gewon nenen Forschungsergebnisse für das Gebiet der Dermatologie zu ver werthen, wobei es ihm als erste und haupt sächlichste Forderung erschien, die in der

Nervenlehre gewonnenen Anschauungen und Forschungen für eine neue Eintheilung der Dermatosen zu benutzen, da die bisher gebräuchliche Klassifikation derselben „in beinahe roh empirischer Weise“ lediglich und allein die äussere Form der Hautefflorescenzen in Betracht ziehe. „Bei diesem Versuche, eine neue auf physiologischer Basis beruhende Eintheilung der Hautkrankheiten zu konstruiren“, sagt Verfasser, „überzeugen wir uns und zwar sehr bald, dass eine Anzahl für diesen Zweck nothwendiger Vorfragen noch ihrer Lösung durch die Physiologie harren; doch immerhin ist hinreichendes Material vorhanden, um die Arbeit wenigstens zu beginnen und eine Reform nach dieser Richtung hin anzubahnen. Betrachten wir jetzt die pathologischen Prozesse näher, welche sich auf der Haut abspielen, so nehmen wir bald wahr, dass sie nur unter Konkurrenz von Erscheinungen vor sich gehen, welche durch die neuesten Forschungen als Funktionen von mit spezifischen Energieen versehenen Nerven angesehen werden müssen. Wie bei den Erkrankungen aller anderen Organe, so spielen auch hier die sensiblen, motorischen, vasomotorischen, sekretorischen und trophischen Nerven eine Hauptrolle und prägen den einzelnen Formen der Dermatosen ihren eigenthümlichen Charakter auf“. Nach diesen genannten Nerven theilt Lewin die Hautkrankheiten ein in solche, deren hauptsächlichste Symptome abhängig sind von Einwirkungen: 1) sensibler Nervenfasern, so vorzüglich Pruritus; 2) sekretorischer Nervenfasern und zwar: a) der Schweissdrüsen: Anhidrosis, Hyperhydrosis, Ephidrosis etc.; b) der Talgdrüsen: Seborrhoea, Stearrhoea, Acne etc.; 3) vasomotorischer Nervenfasern, wie Erythema, Eczema, Urticaria, Pemphigus etc.; 4) trophischer Nervenfasern und zwar solcher, welche zu versorgen scheinen: a) die Epidermis oder wenigstens die oberflächlichen Schichten der Cutis: Callus, Clavus, Cornu cutaneum, Pityriasis; b) den Papillarkörper: Papilloma, Verruca, Condyloma etc.; c) das subkutane Gewebe: Elephantiasis Arabum; d) das Fettgewebe: Lipoma; e) die Appendikulargebilde der Haut: die Haare und Nägel; f) das Pigment der Haut: Albinismus, Achroma, Naevus pigmentosus s. spilus, Leucoderma, Vitiligo. — Bevor Verfasser diese Eintheilung der Hautkrankheiten näher motivirt, begegnet er in bedingt hinstellt, dem Einwurfe, dass er durch Annahme dieser für die Konstituirung der Trophoneurosen nothwendigen Nerven eine Art physiologischen Anachronismus begehe: „Die Existenz der trophischen Nerven“, sagt er, „wird von Vielen, vielleicht von der Mehrzahl der Physiologen, als sehr problematisch angesehen, weil sie bisher weder anatomisch noch physiologisch mit Sicherheit nachgewiesen sind. Dieser mangelnde Nachweis von Seiten der Anatomie und des physiologischen Experimentes kann aber keineswegs die vielfachen klinisch-pathologischen Erfahrungen umstossen, welche auf Einwirkung der betreffenden Nerven mehr oder weniger sicher hindeuten. Die ganze Entwicklungsgeschichte der Lehre von spezifischen Nervenenergieen liefert Beweise hiefür. Stets hat die klinische Erfahrung die Initiative zur Auffindung der mit spezifischen Funktionen versehenen Nerven ergriffen, während die Physiologie erst nachträglich das pathologische Postulat als richtig konstatirte und die Anatomie meist nicht im Stande war, diesen Fortschritten zu folgen. So war es z. B. ein Chirurg, Charles Bell, welcher, gestützt auf die klinischen Beobachtungen, nachwies, dass jeder Spinalnerve aus zwei Wurzeln, einer sensiblen und einer motorischen, bestehe. Während die physiologischen Experimente diese klinisch gewonnene Anschauung bestätigten, sind die Anatomen heute noch nicht im Stande, diese so verschieden qualifizirten Nervenfasern weder makroskopisch noch mikroskopisch von einander zu unterscheiden. In gleicher Weise lagen schon längere Zeit vielfache klinische Erfahrungen vor, dass an den verschiedenen Theilen des Körpers bei sonstiger allgemeiner Integrität abnorme Sekretionsvorgänge auftreten können, so z. B. vermehrter Schweiss, vermehrte Talgdrüsenabsonderung, welche nur unter Konkurrenz von spezifisch sekretorischen Nerven eintreten können, also auf deren Existenz bestimmt hinweisen, und erst in ganz letzter Zeit gelang es der Physiologie, den Nachweis solcher Nerven zu liefern. Ganz ebenso erging es den Nerven, welche, wie es namentlich beim Frosche, Chamäleon etc. nachgewiesen ist, die Pigmentation reguliren. — Ein entgegengesetztes Schicksal erfuhren dagegen die Nerven, deren Bedeutung für die Dermatosen nachzuweisen der Zweck dieser Arbeit ist — ich meine die vasomotorischen. Hier war es das anatomische Messer, welches zuerst ihren Verlauf verfolgte. Lange zögerte die Physiologie, die Funktion dieser

Nerven zu prüfen, länger währte es noch, bis endlich, und zwar erst in unseren Tagen, vereinzelte Forscher Gewinn aus den anatomischen und physiologischen Forschungen für die klinische Wissenschaft zu ziehen versuchten. Die ersten Angaben, dass bestimmte Nerven zu den Blutgefässen hinführen und diese zu versorgen scheinen, datiren von Morgagni und Haller. Während der Erstere Nerven beschreibt, welche die Karotis umspinnen, wies Haller schon nach, dass solche Nerven namentlich dem obersten Halsknoten entstammen. Nach ihnen war es Wrisberg, welcher des Näheren kleine Nervenästchen schildert, die von dem Nervus trigeminus und facialis zu den Arterien der Stirne und des Gesichtes verlaufen und mit den Zweigen der Arteria vidiana in das Keilbein eintreten. Ribes' Verdienst war es, jene Nerven zu verfolgen, welche längs der Karotis bis zu den kleinen Gehirngefässen hin verlaufen. Ebenso wies er nach, dass die Arteria brachialis mit ihren Zweigen von Aesten des Plexus brachialis, die Arteria cruralis bis zur A. poplitea von Aesten des Plexus lumbalis versorgt werde. Schlemm gelang es bei seiner bekannten Gewandtheit im Anfertigen feinster Präparate, eine Anzahl Gefässnerven zu präpariren, darunter namentlich die Nerven, welche am achten und neunten Ganglion thoracicum zu der absteigenden Aorta gehen. Er wies sogar nach, dass sie in die Häute der Gefässe eindringen und hier eine Strecke weit verfolgt werden können. Bei dieser Beschreibung erwähnt er, dass F. R. Tiedemann ein Präparat angefertigt habe, in welchem die Nerven der Nabelarterie dargestellt seien. Nach Schlemm wurden die bisher auf makroskopischem Wege gefundenen Gefässnerven mit dem Mikroskope näher erforscht. Namentlich richteten sich die Bestrebungen dahin, den Eintritt der Nervenästchen in die Faserzelle der von Henle nachgewiesenen Ringfaserhaut der Gefässe und deren weiteren Verlauf in letzterer, resp. ihre Endigungen, zu ergründen. Frankenhäuser gebührt das Verdienst, dies bei den Gefässnerven der weiblichen Genitalien in exakter Weise ausgeführt zu haben. Er beschrieb, dass von den Nerven, welche sich an die Muskelzüge der breiten Mutterbänder begeben und feine Aestchen in die Muskelzellen senden, auch Nervenstämmchen abtreten, welche sich zu den Gefässen wenden und hier nach längerem Verlaufe endigen. Die Gefässnerven hätten die Form und den Charakter der feinen kernführenden Fasern (0.0 bis 0.0016 Mm. Durchmesser), lägen den Gefässen in mehrfachen Zügen an, theilten sich hinter einem Kerne dichotomisch und unter spitzem Winkel. Aus ihnen gehen weiterhin blasse, oft grosse Strecken ohne deutlich hervortretende Anschwellung verlaufende und erst bei einer neuen Abzweigung Knötchen führende Fasern von 0.0003 Mm. Durchmesser hervor, deren weitere Verzweigungen in die Muskelkerne oder vielmehr in deren Kernkörperchen eintreten. — Tomsa sah aus den marklosen Nervennetzen des Papillartheils der Kutis Fibrillen nach den Papillen sich abzweigen und zu den Blutkapillaren der Hautwärzchen sich hinbegeben. Diese Fibrillen versehen mit den bekannten Kerneinlagerungen peripherischer Nervenzweige, bilden anastomosirend ein die Kapillaren einhüllendes Netz, wobei die kernartigen Anschwellungen meist als Knotenpunkte der Anastomosen dienen. Aus diesem Netze zweigen sich wieder zahlreiche zarte, jedoch kernlose Fibrillen ab, die, abermals anastomosirend, sich in die Kapillarwand einsenken. Ob sie aber vorwaltend die Kerne der die Kapillarwand zusammensetzenden Spindeln aufsuchen oder nur im Protoplasma jener endigen, konnte Tomsa nicht deutlich unterscheiden. In einer späteren Arbeit will er die Ueberzeugung gewonnen haben, dass jene Stelle, welche von ihm als dichtes, feines, den Kapillaren unmittelbar anliegendes zweites Nervennetz gedeutet wurde, sich als eine feinkörnige Masse erkennen lasse, welche der Wand des Kapillarrohres unmittelbar anliegt. So treten aus dem in der Hautpapille sich verästelnden gröberen Nervennetze einzelne Nervenfibrillen heraus und legen sich mit einem drüsigen meist ellipsoiden oder spindelförmigen Häufchen feinkörniger Masse unmittelbar an einer bestimmten Stelle einer Kapillare an.

(Fortsetzung folgt.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 11. *Erlangen*, am 17. März 1877.

Wöchentlich 1½ Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Lehre vom Lungenemphysem. Ueber Veränderungen der Leber in Folge der Unterbindung des Ductus choledochus. Ueber syphilitische Affektionen der Schleimbeutel. Resultate aus Untersuchungen über Regeneration und Degeneration des Rückenmarkes. Gefahrloseste Methode zur künstlichen Erweiterung des Muttermundes. Ueber Tumoren mit hyaliner Degeneration. Ablösung der Magenschleimhaut und ihre Folgen. Zur Unterdrückung epileptischer Anfälle. Wirkung schmerzhafter Reize auf Kreislauf und Athmung. Die operative Behandlung der Unterschenkelvaricen.

In der Prager Vierteljahrsschrift, 1876, XXXIII, bespricht Dr. H. Eppinger das Emphysem der Lungen. Nach ihm muss man zwischen akutem und chronischem Lungenemphyseme unterscheiden. Das akute besteht bloss in einer übermässigen Ausdehnung der Lungenalveolen (reine Alveolarektasie), wobei die Wandungen völlig intakt bleiben, und ist eine Folge wiederholter forcirter Inspiration. Die Alveolen zeigen höchstens das Doppelte des normalen Volumens, von Zusammenfliessen derselben ist keine Rede. Dieses akute Lungenemphysem tritt 1) bei akut verlaufenden Krankheiten auf (Pneumonie, akute Oedeme, rasch verlaufende tuberkulöse, käsig-pneumonische Infiltrate, rasche pleuritische oder hydropische Ergüsse in die Pleurahöhlen etc.) oder 2) bei solchen, durch welche ein ziemlich schneller Erstickungstod herbeigeführt wird (langsame Halsstrangulation, Krup und Diphtherie des Larynx, Fremdkörper im Kehlkopfe, Trachea, den Hauptbronchien etc.). Es lässt sich ein totales und partielles akutes Emphysem unterscheiden, je nachdem die Ursache in den zuführenden Luftwegen oder in der Lunge selbst, beziehungsweise an der Pleura ihren Sitz hat; am stärksten ist es jedoch immer an den Rändern der Lungen ausgeprägt. Durch Beseitigung der erregenden Ursache und durch Wiederherstellung der normalen Athmung kann auch die Lungenveränderung wieder gehoben werden; anderenfalls geht sie bei weiterem Fortbestehen des Leidens in das chronische Emphysem über, unter welchem Eppinger eine abnorme Ausdehnung der Alveolen durch Luft mit gleichzeitiger Rarefaktion der Alveolarwände versteht, welche bis zum völligen Schwunde derselben gesteigert wird, so dass dann mehrere ektatische Luftzellen zu weiteren Lufträumen verschmelzen. Das chronische Emphysem zerfällt in das substantielle, substantive oder idiopathische und in das vikariirende, konsekutive oder symptomatische. Das idiopathische theilt sich in ein allgemeines, bei welchem ganz grosse Blasen selten zur Entwicklung kommen, welches aber stets von Bronchialkatarrh begleitet ist, und in ein partielles oder bullöses, welches fast nur an den Rändern auftritt und Blasen von Haselnuss- bis Citronen-Grösse zur Entwicklung bringt, welche häufig gestielt aufsitzen und aus welchen die Luft schwer auszudrücken ist, wie auch die Gefässe sich schwer injiziren lassen. Mit der Wandung ist meistens die verdickte Pleura verschmolzen; Adhäsionen mit der Kostalpleura sind selten. Das symptomatische Emphysem, welches nur vorhanden ist, wenn Theile der Lunge obsoleszirt sind, zerfällt in ein lobäres (wahres, vikariirendes der Autoren) und in ein lobuläres, welches letztere meist mit dem Begriffe der Lungencirrhose zusammenfällt. Das erstere findet sich bei der Obsolescenz resp. Atelektase ganzer Lappen (Kyphoskoliose, Tuberkulose, chronische exsudative Pleuritis etc.) und wird niemals sehr hochgradig, das zweite dagegen kommt

bei multiplen kleineren, meist narbigen Obsolescenzen (Tuberkulose, Peribronchitis, sackigen Bronchiektasieen, Kavernen etc.) vor und erreicht alle möglichen Grade. Auch bei ihm ist die Luft schwer auszudrücken und sind die Gefässe schwer zu injiziren. — Alle die angeführten Arten von Emphysem verdanken, wie Eppinger in ausführlicher Besprechung nachweist, ihre Entstehung einer mechanischen Ursache. Das akute Emphysem entsteht durch forcirte Inspiration, ein chronisches in den meisten Fällen durch eine erschwerte, behinderte und dadurch erhöhte Exspiration und in einer ganzen Anzahl durch eine forcirte Inspiration allein. Durch erschwerte Exspiration entsteht, wie leicht verständlich, das allgemeine idiopathische Emphysem, ferner das bullöse und das symptomatische lobuläre Emphysem. Während auch die Entstehung des letzteren unschwer zu erklären ist dadurch, dass der Zutritt der Luft zu dem von schwieligen Massen eingeschlossenen Lungengewebe zwar leicht, der Austritt aber, wie auch der Versuch an der Leiche zeigt, durch die vielfache Verlegung des Weges nur schwer möglich wird, lässt sich dagegen das bullöse Emphysem nur so erklären, dass bei dem Bestehen eines akuten Emphysems in dem Momente die bewirkende Ursache entfernt wird, in welchem an den Rändern der Lunge bereits der Uebergang in chronisches Emphysem, also in Atrophie der Alveolarwandungen, stattgefunden hat. Während das akute Emphysem im Inneren der Lunge wieder verschwindet, bleibt natürlich das chronische am Rande, ja es vermehrt sich noch fortwährend, da durch die herabgesetzte Elastizität die vollständige Exspiration unmöglich ist. Durch Inspiration erklärt sich nur das lobäre symptomatische Emphysem, welches nichts weiter ist als ein stationär gewordenes akutes Emphysem. — Nur zwei Mal hat Eppinger ein Emphysem beobachtet, bei welchem ein mechanisches Moment erst in zweiter Reihe, in erster aber eine Nutritionsstörung in Rechnung kommt. In je einer in Folge eines linksseitigen Klappenfehlers stark braun indurirten Lunge fanden sich emphysematöse Stellen, welche nach Sitz und Gestalt an hämorrhagische Infarkte erinnerten. Da Verstopfungen grösserer zuführender Arterien fehlten, so nimmt Verf. an, dass hier früher hämorrhagische Infarkte bestanden, welche resorbirt wurden, aber eine Obliteration von Kapillargefässen zurückliessen, wodurch die Ernährung des Theiles beeinträchtigt, die Elastizität vermindert wurde, so dass nun durch erschwerte Exspiration umschriebenes Emphysem entstehen konnte. — In allen anderen Fällen liess sich auch durch die mikroskopische Untersuchung nachweisen, dass die ersten und wichtigsten Veränderungen in dem Lungengewebe rein mechanischer Natur waren und an den elastischen Fasern sich fanden. Von den letzteren unterscheidet man an der normalen Lunge stärkere Faserzüge an den Mündungen der Alveolen (Alveolargrundfasern), von welchen sich scharf geschwungene feine Fasern abzweigen, welche in der Wandung der Alveolen selbst sich verbreiten (Alveolarfasern) und welche endlich wieder allerfeinsten, nur nach Aufhellung durch Kalilauge und mit den stärksten Vergrösserungen sichtbaren Fädchen den Ursprung geben, deren Verzweigungsgebiet die interkapillären Räume sind. In emphysematösen Lungen ist es nun möglich, an den weniger veränderten Alveolarwandungen diese feinsten elastischen Fädchen aufzufinden, während die grösseren Alveolarfasern auseinandergerückt erscheinen. Sind kleinere Dehiscenzen vorhanden, so sind diese von den Alveolarfasern oft ringförmig umgeben, so dass diese wie Alveolargrundfasern aussehen. In stärker veränderten Stellen lassen sich leicht Beobachtungen machen, welche es zur Gewissheit erheben, dass ein Zerreissen elastischer Fasern stattgefunden hat. Man sieht dies sowohl an grösseren Balken, welche die Blasen durchziehen, als auch an den feineren Fasern in den Wandungen, da, wo eine Dehiscenz noch nicht vollständig ausgebildet, sondern im Entstehen begriffen ist. Auf Grund dieser Befunde darf man wohl annehmen, dass auch die feinsten Fasern im Beginne der Emphysembildung durch Ruptur zerstört werden, dass dadurch die Wandung in den betreffenden interkapillären Räumen, woselbst jene Fäserchen sich verzweigten, ihres Haltes verlustig geht und zerreisst. So erklären sich die kleinsten, sogenannten primären Dehiscenzen, welche stets in der Mitte der interkapillären Räume entstehen und entweder noch von ein wenig Grundgewebe oder direkt von einer Masche des Kapillarnetzes begränzt werden, dessen Gefässe durch die Dehnung verschmälert und auseinandergerückt erscheinen. Die sekundären Dehiscenzen nehmen einen grösseren Raum ein und sind von zahlreichen Kapillaren umgränzt, von welchen man häufig kleine Aeste, wie Ausstülpungen, abgehen sieht, welche in die Dehiscenz hineinragen

und blind endigen. Es sind dies offenbar Reste von sekundär zerrissenen Kapillargefässen, denn man sieht an manchen Stellen ganz deutlich, wie durch eine Dehiscenz hindurch noch ein solches sehr ausgedehntes und verdünntes Gefäss hindurchzieht, welches in der Mitte schon obliterirt ist. Zerreisst es später, so muss zu beiden Seiten ein kleiner Stumpf übrig bleiben. Bei diesen Gefässzerreissungen gibt es wohl zuweilen kleine Blutungen, deren Reste man auffindet, doch ist dies selten, wohl, weil die um das Gerüste herum liegenden elastischen Fasern erst reissen, wenn das Gefäss bereits auf grössere Strecken hin obliterirt ist. Eine Bildung von Thromben in den gedehnten Gefässen kommt wohl desshalb nicht zu Stande, weil die Dehnung so ganz allmählig geschieht. In ganz ähnlicher Weise, wie hier im Kleinen, macht sich derselbe Prozess auch im Grossen. — Wie schon die Veränderung an den Gefässen eine sekundäre war, so sind es auch diejenigen an den übrigen Bestandtheilen. An den Epitelzellen werden niemals aktive, höchstens passive Veränderungen (Verschiebungen, Verfettung) beobachtet. Von den Veränderungen des Bindegewebes sind diejenigen an dem Grundgewebe in den Alveolarwandungen bei allen Emphysemarten dieselben und stets atrophischer Natur (zum Theile wohl fettige Degeneration, wie aus der feinkörnigen Beschaffenheit der die Dehiscenzen umgebenden Grundsubstanz zu schliessen ist), wogegen diejenigen des interstitiellen Gewebes höchst wechselnder Natur sind, was sich zumeist nach der Form des Emphysems selbst richtet. Hyperplastische Bindegewebsentwicklung findet sich, wie schon erwähnt, bei dem lobulären symptomatischen Emphysem, dann aber auch bei denjenigen idiopathischen, welche sich in Folge chronischer Bronchialkatarrhe entwickeln; jedoch hängt die Bindegewebsentwicklung in beiden Fällen mit der Grundkrankheit zusammen und hat mit dem Emphysem direkt nichts zu thun. Die glatten Muskelfasern können beim Emphysem nicht in Betracht kommen, da es in den Alveolarwandungen deren gar keine gibt, sondern nur an den Infundibulareingängen und an den Alveolarröhren. — Sowohl das bullöse wie die symptomatischen Emphyseme bedingen als solche keine Folgeerkrankungen, da die etwa auftretenden von der Hauptkrankheit abhängen, dagegen hat das allgemeine idiopathische Emphysem direkt zur Folge eine Erweiterung des Thorax, eine Erhöhung des Blutdruckes in der Pulmonalarterie (durch den Ausfall zahlreicher Kapillaren), ferner eine Hypertrophie und später auch Dilatation des rechten Ventrikels. Dieser Befund ist allerdings nicht konstant und, wie Eppinger glaubt, in seinem Auftreten und seiner Intensität davon abhängig, ob die Druckerhöhung in der Pulmonalis durch die Etablirung eines Kollateralkreislaufes mittelst der Bronchialgefässe mehr oder weniger hintangehalten wird. Dieses ist zuweilen dann der Fall, wenn das Emphysem aus einem Bronchial-Katarrhe hervorgegangen ist, welcher ja häufig mit einer Erweiterung der Bronchialgefässe verbunden ist. Zu der Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels kommt später noch die Stauung im grossen Kreislaufe mit allen ihren Folgen hinzu, von welchen besonders bemerkenswerth ein Stauungsbronchialkatarrh, welcher dadurch von dem primären chronischen Katarrhe zu unterscheiden ist, dass dieser in den kleinen Bronchien sitzt und von starker Verdickung der Schleimhaut und zähem glasigem Sekrete begleitet ist, jener aber in den Bronchien erster bis dritter Ordnung sitzt, geringere Schwellung der Schleimhaut aber dunkelviolette Färbung und wässerige Sekretion bedingt. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1877, März.)

In den „Archives de Physiologie", 1876, S. 272 ff., veröffentlichen die DD. Charcot und Gombault nachfolgende Mittheilung über die Veränderungen der Leber in Folge der Unterbindung des Ductus choledochus. Die vollständige Unterbindung desselben wurde von ihnen ausschliesslich an Meerschweinchen vorgenommen, welche am 5.—12. Tage nach der Operation starben; nur eines wurde erst am 24. Tage getödtet. Ikterus wurde niemals bemerkt. Die Leber der Thiere zeigte sich bei der Sektion vergrössert, blass, gelblich und sehr hart, ohne jedoch granulirt zu sein. Die grossen Gallenwege waren beträchtlich erweitert und ihre Wandungen ganz durchsetzt von Granulationszellen, ebenso wie das sie umgebende portale Bindegewebe. Dabei waren sie meistens leer, seltener enthielten sie Gallenkonkremente. Die interessantesten Veränderungen fanden sich aber in den Interlobularspatien, welche nicht nur verbreitert waren, sondern deren Bindegewebe (Glisson'sche Kapsel) auch an der Gränze der Acini sich weiter schob, so dass diese schliesslich durchaus von Bindegewebe

umgeben und von einander getrennt waren. Während anfänglich das Parenchym der Acini kaum verändert war, erschien es in späteren Stadien bedeutend verkleinert, doch so, dass fast stets eine scharfe Gränze zwischen Bindegewebe und Leberzellen vorhanden war, welche letztere in Bezug auf Grösse, Gestalt und Aussehen meist unverändert erschienen. In dem anfänglich mehr „embryonalen", später immer mehr fibrösen interlobulären Bindegewebe zeigte sich eine grosse Menge von Gallengängen, an denen man 1) eine centrale Zone mit grossen, durch breite Bindegewebsmassen getrennten Kanälen, 2) eine intermediäre Zone mit sehr zahlreichen, aber kleineren, häufig anastomosirenden Kanälchen und 3) eine peripherische Zone unterscheiden konnte, welche aus nur kurzen, rechtwinklig von den eben genannten abgehenden und in der Richtung der manchmal mit ihnen in Kontinuität stehenden Leberzellenreihen verlaufenden Gallengängen bestand. Im Lumen der Gänge findet man bald Haufen von Epitelzellen, bald Gallenkonkremente, bald war derselbe leer. An den Leberzellen wurde eine fettige Degeneration nur selten wahrgenommen, sie gingen in der Weise zu Grunde, dass sie kleiner und ihr Inhalt homogener, glänzend, etwas gelblich, wie glasig wurde (keine Amyloidreaktion). Dadurch, dass die Atrophie nicht an allen Stellen gleichmässig nach der Vena centralis hin, die übrigens niemals davon erreicht wurde, fortschritt, erhielten die Acini eine sehr unregelmässige Begränzung. — Die wichtigste Frage ist die nach der Bedeutung der Gallengänge in der obengenannten zweiten und dritten Zone. Dass es sich nicht etwa um die Durchschnitte vielfach geschlängelter, ursprünglich vorhandener Kanäle handeln kann, geht aus dem Fehlen solcher Schlängelung an den grossen Kanälen und aus dem Vorhandensein zahlreicher Anastomosen hervor. Aber auch durch Sprossung neugebildeter Kanäle können sie nicht gut entstanden sein, da nirgends blindsackförmige Auswüchse gefunden wurden; es bleibt also nur übrig anzunehmen, dass es sich um die erweiterten und mit einem Epitelbezug versehenen intralobulären Gallengänge der zu Grunde gegangenen Theile der Acini handelt. Es spricht dafür der erwähnte eigenthümliche Verlauf der Kanälchen in der dritten Zone. Dass die sogenannten Gallenkapillaren verändert sind, erkennt man auch an den noch erhaltenen Theilen der Acini, woselbst sich durch ihre Eiterung vollständige, weder durch Epitel noch Endotel ausgekleidete, sondern nur durch Leberzellen begränzte Lacunen gebildet haben, welche zum Theile mit den obenerwähnten Gallengängen in direkter Verbindung stehen. — Es bleibt nur noch die Frage, woher das Epitel stamme? Die Verf. lassen unentschieden, ob es durch Fortwuchern des in den intralobulären Gängen vorhandenen entstanden ist, oder aus direkter Umbildung der Leberzellen, wofür einige Befunde zu sprechen scheinen. — Dass den beschriebenen Befunden ähnliche auch beim Menschen bei Verschluss der grossen Gallengänge vorkommen, wird von den Verfassern an einem Beispiele erhärtet. —

Syphilitische Affektionen der Schleimbeutel finden sich bisher nur in der französischen Literatur beschrieben und haben im Ganzen wenig Beachtung gefunden. Dr. E. L. Keyes nun unterscheidet eine der früheren Periode der Syphilis angehörige Bursitis von derjenigen Form, welche zu späterer Zeit auftritt. In der früheren Periode kann sich die Erkrankung auf eine blosse Kongestion der Bursa beschränken, welche sich durch Schmerzhaftigkeit an der dem Schleimbeutel entsprechenden Stelle kundgeben oder bis zum serösen Ergusse sich steigern würde. Solche blosse Kongestionen hat indessen Keyes bisher nicht mit Sicherheit beobachtet und auch die von Jules Voisin, Fournier und A. Vaffier angeführten Beobachtungen sind nicht völlig rein, da immer gleichzeitig syphilitische Arthralgie bestand, auf welche die Schmerzhaftigkeit bezogen werden konnte. Ergüsse in die Schleimbeutel sind dagegen öfter im Beginne der syphilitischen Allgemeinerkrankung gesehen worden. Fournier erwähnt ein syphilitisches Hygrom der Bursa praepatellaris und Verneuil eine schmerzlose fluktuirende Anschwellung der Bursa hinter dem Olecranon bei einem mit syphilitischer Rachenaffektion und allgemeiner Roseola behafteten Manne, welche nach einmonatlicher interner Behandlung verschwand. Die Mittheilungen Keyes aus seiner eigenen oder der Praxis von Collegen beziehen sich auf Erkrankungen der Schleimbeutel in einer späteren Zeit — auf gummöse Entartung. Solche Fälle, in welchen die Bursae durch Ausbreitung einer gummösen oder ulzerösen Erkrankung der Bedeckungen erst hinterher ergriffen werden, wie Verfasser mehrfach gesehen hat, rechnet

er nicht hierher. — Sämmtliche fünf Kranke waren weiblichen Geschlechtes, zwischen 24 und 48 Jahren, und immer war es die Bursa praepatellaris, welche erkrankt war, und zwar in drei Fällen doppelseitig. Die Geschwulst entwickelte sich immer langsam und meistens schmerzlos, war über der Unterlage nach allen Richtungen hin frei beweglich und beeinträchtigte die Bewegungen im Gelenke meistens nicht, inkommodirte aber bisweilen beim Scheuern u. dgl. Die Geschwulst war bald holzhart, bald fluktuirend, im Ganzen halbkugelig und erreichte in einem Falle den Umfang einer grossen Orange. Die Haut darüber war zuweilen unverändert, zuweilen Sitz pustulöser Syphiliden oder Geschwüre; auch Röthung, gummöse Entartung und Verwachsung mit der Bursa wurde beobachtet. Sich selbst überlassen kann die Bursa aufbrechen und eine Fistel entstehen, aus welcher sich eine dickliche klare, später mit Eiter gemischte übelriechende Flüssigkeit in geringer Menge entleert. Statt der engen Fistel kann man auch ein grösseres perforirendes Geschwür finden und die Bursa durch Nekrose zu Grunde gehen. Durchschnittlich war eine Zeit von fünf Jahren zwischen der syphilitischen Infektion und dem Auftreten der gummösen Bursitis verflossen ($1^1/_2$ Jahre als kürzeste und 8 Jahre als längste Frist). In etwa der Hälfte der Fälle konnte eine Verletzung als Veranlassung angeschuldigt werden. Die syphilitische Natur des Leidens wurde sowohl dadurch festgestellt, dass andere syphilitische Zeichen (Knochenauftreibungen, gummöse Knoten, syphilitische Geschwüre) gleichzeitig bestanden oder vorhergegangen waren, als auch dadurch, dass eine antisyphilitische Behandlung (vorzugsweise Jodkalium) die Geschwülste zum Verschwinden brachte, beziehungsweise verkleinerte. — Keyes hat aus der Literatur noch sieben hierher gehörige, von Verneuil beobachtete Fälle gesammelt. Bis auf eine Frau waren die Kranken Männer zwischen 33 und 63 Jahren. Die erkrankten Schleimbeutel befanden sich an der Tuberosität der Tibia, unter der Sehne des Semitendinosus (einmal doppel- und einmal einseitig), oberhalb des Malleolus, in der Fusssohle unter einer Schwiele, an dem Metatarso-Phalangealgelenke der grossen Zehe, in der Hohlhand und über dem Olekranon. Auch hier trat unter antisyphilitischer Behandlung Heilung ein. (Americ. Journal, CXLII. N. S. p. 349.) —

In Virchow's Archiv, Bd. 68, S. 542 ff., veröffentlicht Dr. Paul Schiefferdecker die Ergebnisse seiner Untersuchungen über Regeneration und Degeneration des Rückenmarkes. Die Untersuchungen über Regeneration wurden an einige Monate alten Hunden angestellt, denen das Mark sammt den Häuten im untersten Theile des Brustmarkes vollständig quer durchschnitten war. Die Thiere hatten entweder nur wenige Tage oder viele Monate nachher gelebt. Zunächst liess sich physiologisch kein Symptom bei diesen Thieren nachweisen, welches für eine Regeneration des Markes gesprochen hätte. Dagegen waren die Reflexbewegungen bei den meisten sehr gut ausgebildet. In der bindegewebigen Narbe, in welche stets sämmtliche Rückenmarkshäute übergegangen waren, liess sich z. B. auch noch nach 238 Tagen nicht eine Spur von Regeneration nervöser Substanz nachweisen. — Von den am Rückenmarke zu beobachtenden Degenerationszuständen bespricht Verfasser nur die traumatischen und die sekundären (im Türk'schen Sinne). Die dritte, in Höhlenbildung bestehende, setzt er in dieser Arbeit nicht näher auseinander. Was nun zunächst die „traumatische Degeneration" betrifft, so wird sie direkt durch die Verletzung des Markes bedingt und setzt sich zu beiden Seiten des Schnittes etwa 4—6 Mm. weit fort. Die ganze weisse Substanz (am wenigsten die Hinterstränge, wenig auch nur die graue Substanz) ist wie siebartig von einer Menge von Löchern durchbohrt, in welchen glasige Schollen statt Nervenfasern liegen. Das ganze Mark ist ferner an diesen Stellen mit Blut wie ein Schwamm durchtränkt (nach der Erhärtung findet man reichliche Hämatoidinkrystalle). Hin und wieder sieht man auch an einzelnen weiter unterhalb der Narbe gelegenen Stellen des Markes, besonders in den Seitensträngen, zerstreute ähnliche Herde, welche mit den sekundären Degenerationsprozessen nicht verwechselt werden dürfen. Diese letzteren fand Verfasser an sechs verschiedenen Stellen konstant. Nämlich oberhalb des Schnittes zwei: 1) eine dreieckige in den Hintersträngen gelegene Stelle und 2) eine schmale bandförmige an der hinteren Peripherie der Seitenstränge. Unterhalb des Schnittes zeigten sich degenerirt 3) Faserzüge, welche die ganze Peripherie des Vorderstranges einnehmen (Türk's Hülsen-Vorderstrangbahn). 4) Eine Anzahl Fasern im hinteren Theile des Seitenstranges (Türk's Pyramiden-Seiten-

strangbahn); 5) zerstreute Fasern im Vorderstrange; 6) zerstreute Fasern in einer mittleren Zone des Seitenstranges. Die ersten deutlichen Spuren der Degeneration findet man etwa 14 Tage nach der Läsion, das typische Bild ist in der 4.—5. Woche vollendet und wird durch allmählig zunehmende Verbreiterung des anfänglich unbetheiligten Bindegewebsgerüstes von der achten Woche ab undeutlich. —

Nach Dr. Theodore H. Seyfert ist als die gefahrloseste Methode zur künstlichen Erweiterung des Muttermundes die allmählige Erweiterung durch Wieken anzusehen und als geeignetstes Material zu denselben der Schwamm; niemals darf die Operation während, kurz vor oder kurz nach der Menstruation ausgeführt werden, oder während der Uterus selbst oder seine Nachbarorgane sich in einem entzündlichen Zustande befinden; auch muss man eine Zeit wählen, zu welcher es der Patientin möglich ist, je nach Umständen einen oder mehrere Tage lang im Bette liegend zuzubringen. Das Einlegen von Wieken in den Muttermund ist an und für sich nichts Schwieriges, erfordert aber dennoch Vorsicht und Behutsamkeit; durch Benutzung zu starker Wieken wird unnöthiger Weise Schmerz verursacht, ebenso geschieht dies, wenn man die Richtung des Cervikalkanales und die mannigfache Beweglichkeit der Gebärmutter nicht gehörig berücksichtigt. Die Wieken vor dem Einlegen mit Fett zu bestreichen ist nicht rathsam, da man dadurch die Aufsaugung von Flüssigkeit hindert und das Herausrutschen jener befördert. Die Wiederabnahme der Wieken sollte niemals ohne Zuhilfenahme des Mutterspiegels vorgenommen werden, weil dabei leicht der Luft Zutritt in die Uterushöhle gestattet wird und weil es ausserdem dem Finger unmöglich gemacht wird, durch das Mutterrohr hindurch den Muttermund zu erreichen. Anstatt die Wieken durch Zerren an dem an ihnen befestigten Faden zu entfernen, ist es besser, sie mit der Fingerspitze allmählig zu lockern. Findet man, dass die durch einmaliges Einlegen einer Wieke bewirkte Erweiterung keine genügende ist, so lege man nicht etwa gleich auf der Stelle eine neue stärkere ein, sondern warte damit einige Zeit, um nicht eine zu bedeutende und anhaltende Reizung oder wohl gar Entzündung zu verursachen. — Als bestes Material zu den Wieken ist präparirter Schwamm zu betrachten; um die etwaigen Nachtheile auch solcher Wieken thunlichst zu vermeiden, hat Mac Farran folgendes Verfahren vorgeschlagen, welches Seyfert sehr empfehlen zu können glaubt. Man nimmt ein dünnes Rohr aus Metall oder Hartgummi, an dessen perforirter Spitze eine Wieke aus Pressschwamm eingeschlossen in einen genau passenden Ueberzug von Kautschuk befestigt ist. Während letzterer die allmählige Ausdehnung des Schwammes nicht hindert, lässt er keine Anhäufung von Sekreten des Mutterhalskanales von Seiten des Schwammes zu und schützt wiederum die zarte Schleimhaut gegen jede etwaige Unebenheit des Schwammes. Die Befeuchtung des Schwammes geschieht durch Wasser, welches in einer am Vaginalende des Rohres befestigten Gummikugel enthalten ist. (Philadelph. medical Times, VI, 225.) —

Dr. Friedländer zu Strassburg beschreibt in Virchow's Archiv (Bd. 67 S. 181) eine Anzahl von Tumoren mit eigenthümlicher hyaliner Degeneration, welche nach den jetzt geltenden Geschwulstschema theilweise als Sarkome, theils als Karzinome bezeichnet werden dürften. Einer derselben war deutlich sarkomatös. Es war ein Rundzellensarkom, in welchem sich hyaline, gegen Reagentien sehr resistente Schollen vorfanden. Diese klebten theilweise Zellen an, so dass ihr Anblick an Riesenzellen erinnerte. Doch waren die Massen immer deutlich extracellulär. Ein anderer Tumor entsprach einem gewöhnlichen Karzinome der Prostata. Hier bildeten sich aber innerhalb der Zellen hyaline Massen, die endlich zu grösseren Klumpen wurden. Auf diese Weise entstanden in den Krebsalveolen Hohlräume und zwar oft mehrfach in einer Alveole. Noch andere endlich sind die Geschwülste beschaffen, welche Verfasser ausser den eben erwähnten beschreibt. Hier waren auch Alveolen vorhanden, aber diese waren so von hyalinen Massen durchsetzt, dass ihr Zelleninhalt in eine Art Netzwerk zerfiel. Die Zellen des Netzwerkes selbst hatten verhältnissmässig grosse Kerne, ohne eigentlich epitelial auszusehen, und lagen ohne Zwischensubstanz neben einander. Aus dem Umstande, dass sich solche hyaline Massen auch in der Umgebung der Alveolen vorfanden, erschliesst er den Ursprung jener aus der Zwischensub-

stanz, welche im Uebrigen ein gewöhnliches Bindegewebe darstellte. Eine Abstammung der Zellen von wirklichen Epitelien liess sich nirgends nachweisen. An manchen Stellen lagen die Zellen so dicht, dass man an Sarkom denken musste, an anderen wurde man durchaus an Karzinom erinnert, indem man scharf gegen das Bindegewebe abgezweigte Alveolen vor sich hatte. Friedländer benützt die Gelegenheit, um darauf hinzuweisen, wie wenig unsere jetzigen Geschwulstbezeichnungen Karzinom und Sarkom mit ihrer scharfen schematischen Abgränzung gegen einander der Wirklichkeit entsprechen, und wie namentlich die Herkunft und Abstammung der spezifischen Geschwulstmassen durchaus nicht mit unseren heutigen Hilfsmitteln sicher zu erforschen ist. —

Im „Deutschen Archiv f. klin. Medizin", 2. Bd., 4. und 5. Heft, veröffentlicht Prof. W. O. Leube Bemerkungen über die Abtrennung der Magenschleimhaut durch die Magensonde und ihre Folgen. — Einzelne Stücke der Magenschleimhaut können durch Unvorsichtigkeit und unliebsame Zufälle während der Einführung der Magensonde oder durch die Magenpumpe abgerissen und herausbefördert werden. Verf. erwähnt zwei derartige Fälle aus seiner Praxis. Das eine Mal wurde durch die Magenpumpe ein 1—2 Ctm. grosses Stück Magenschleimhaut mit dem Mageninhalte entleert, ohne dass dadurch üble Folgen auftraten. Das andere Mal wurde durch die Magensonde, die an ihrem untersten Ende noch ein Fenster trug, ein 2—3 Ctm. langes und 3 Mm. breites Stück mit herausgezogen. Diesmal zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass das betreffende Stück einer ganz normalen Schleimhaut angehörte. Auch hier traten keine üblen Folgen auf. Da der Patient bald darauf starb und zwar in Folge eines ziemlich hoch gelegenen Karzinoms des Oesophagus, so hatte Leube Gelegenheit, die Wandung des Magens in allen ihren Theilen genau zu durchmustern. Nirgends war eine Spur von Defekt oder Narbe zu entdecken. — Nach derartig entstandenen Defekten der Schleimhaut braucht es demnach durchaus weder zur Blutung noch zur Geschwürsbildung zu kommen. Die Ursache hievon glaubt Verf. in dem Umstande zu finden, dass das ausgerissene Stück zwar lang, aber sonst sehr schmal war und der Defekt durch die Zusammenziehung der Muskulatur des Magens leicht gedeckt werden konnte. Auch gehört zur Entstehung eines Magengeschwüres ausser Störungen der Cirkulation vielleicht noch eine abnorme Steigerung der Acidität des Magensaftes. — Es stimmt dieser Befund am Menschen mit den auf experimentellem Wege bei Thieren gewonnenen Resultaten überein, da in neuester Zeit durch Daetwyler und durch Körte festgestellt wurde, dass Quetschungen, Blutextravasate, Abschneidung von Falten und Aetzgeschwüre in der Schleimhaut des Magens, trotz der beständigen Berührung mit den Ingestis und dem sauren Magensafte, eine schnelle Heilungsfähigkeit zeigen. —

Die Mittheilung Nothnagel's über die Unterdrückung epileptischer Anfälle durch Einnehmen einer stärkeren Dosis Kochsalz (welche wir unseren Lesern jüngst mitgetheilt haben) hat den Prof. Ludwig Meyer zu Göttingen an die Koupirungs-Versuche erinnert, welche er vor mehr als 20 Jahren in der Abtheilung für Geistes- und Krampf-Kranke der Berliner Charité unternahm. Es handelte sich in allen Fällen um eine den epileptischen Anfällen beträchtliche Zeit vorhergehende Aura oder um eine mehr oder weniger ausgeprägte Periodicität der Anfälle — es musste eben ein genügend langer Zeitraum vorhanden sein, um das in Anwendung gebrachte Mittel, das schwefelsaure Chinin, vor dem Ausbruche des Anfalles zur vollen Wirksamkeit gelangen zu lassen. Die Erwägungen, welche Meyer's damalige Versuche veranlassten, waren folgende: „Die Vorboten stellen die erste Stufe des Krampfes dar; gelingt es, die sich aus ihnen entwickelnde krankhafte Thätigkeit des Nervensystems durch eine andere, stärkere zu verdrängen — so müssen die Anfälle koupirt werden. Das Chinin, in grossen Dosen und möglichst kurze Zeit vor dem Anfalle beigebracht, scheint diesen Erfordernissen zu entsprechen". In dem ersten Falle mit Vorboten von ungefähr halbtägiger Dauer steht die Diagnose allerdings nicht ganz fest, da das Bewusstsein während der Anfälle vorhanden war. Immerhin handelte es sich um sehr heftige allgemeine Konvulsionen mit bedenklichen Folgezuständen; die Erkrankung dauerte etwa anderthalb Jahre. Es wurden bis 24 Gran Chinin. sulfuricum gegeben; die Anfälle wurden unterdrückt und kehrten schliesslich

nicht wieder, wie der Patient selbst, welchen Meyer später nach einigen Jahren gelegentlich wiedersah, diesem mittheilte. — Ein Epileptiker, der allnächtlich von einem Anfalle im Bette befallen wurde, nahm sechs Tage nach einander jedes Mal vor dem Bettgehen 12 Gran Chinin. sulf. Die Anfälle blieben während des Chiningebrauches aus und kehrten auch nachher fünf Wochen lang nicht wieder. Eine Kranke, welche regelmässig jede Woche einen starken epileptischen Anfall hatte, welcher sich durch heftige Kopfschmerzen ankündigte, erhielt 18 Gran Chin. sulf. Dieser wie der nächste Anfall wurden koupirt; bedenkliche Intoxikationserscheinungen liessen aber von weiteren Koupirungsversuchen Abstand nehmen. Meyer stellt anheim, die erörterten Versuche mittelst subkutaner Injektion zu wiederholen. (Allg. med. Central-Zeitung, 1877, 24. Februar.) —

Claude Bernard legte in der Sitzung der französischen Akademie der Wissenschaften vom 4. Dezember 1876 eine Arbeit von François Frassott über die Wirkung schmerzhafter Reize auf Kreislauf und Athmung vor. Wenn man die Nasenlöcher mit Ammoniak, Essigsäure, Chloroform reizt, so bekommt man gerade so eine reflektorische Wirkung auf das Herz auf dem Wege des Vagus, wie wenn man mit einer rothglühenden Nadel oder mit einem starken Induktionsstrome gereizt hätte. Einen Einfluss auf Athmung und Kreislauf beobachtet man nur bei Reizung der laryngealen Schleimhaut unter den Stimmbändern, nie bei jener über den Stimmbändern, und bei Reizung des Rachens. Der Effekt der Reizung ist Stillstand des Herzens und Herabgehen des arteriellen Druckes. Eine gleiche Wirkung erhält man durch Reizung des Bauchfelles bei Säugethieren. Die Nervenbahnen, auf welchen diese Reflexe ausgelöst werden, nehmen ihren Weg durch die Medulla oblongata, vermuthlich durch direkte und gekreuzte Verbindungsfasern zwischen Trigeminus und Vagus, welche im Stamme des Accessorius verlaufen. Da die Wirkung auf das Herz nach Abtragung der beiden Grosshirnhemisphären auch noch eintritt, so ist die bewusste Empfindung zum Zustandekommen derselben nicht nöthig. Der arterielle Druck kann fallen und steigen, obwohl immer eine reflektorische Kontraktion der Gefässe eintritt, je nachdem die Herzaktion so verlangsamt ist, dass kein Blut in dieselben geworfen wird, oder je nachdem trotz dieser Verlangsamung doch noch eine ausreichende Menge von Blut dahin gelangt. (Gazette médicale, 1876, Nr. 51.) —

Die operative Behandlung der Unterschenkelvaricen ist uralt. Neu ist nur, dass dieselbe mit Hilfe des antiseptischen Verbandes gefahrlos geworden ist. Da D. Risel zu Halle die Ursache der Ektasie nicht in einer Unwegsamkeit der Vena saphena, sondern im Gegentheile nach einfach hydrostatischen Gesetzen in einer Ueberfüllung derselben erblickt, so exstirpirt er nicht nur die Aderknoten und Schlängelungen am Unterschenkel selbst, sondern auch ein Stück aus dem Venenstamme. Durch elastische Abschnürung wird das variköse Venengebiet in möglichste Stauung versetzt, nach gemachten Hautschnitten stumpf freipräparirt, mehrfach mit Katgut unterbunden und zwischen den Ligaturen je nach Bedarf exzidirt. Risel hat in einer Sitzung an einem und demselben Unterschenkel sechs je 4—5 Ctm. lange Venenstücke entfernt. Elf Unterextremitäten bei neun Kranken wurden in dieser Weise behandelt und wurde bei streng antiseptischer Behandlung nicht die mindeste Störung des Wundverlaufes beobachtet. Meist schon nach acht Tagen war die Heilung vollendet und konnte vorsichtiges Gehen gestattet werden. Oedeme, Thrombosen etc. folgten in keinem Falle. Einer der Kranken, ein Feldaufseher, stellte sich nach vier Monaten wieder vor und zeigte bei berufsmässigem Gebrauche seiner Beine andauernde Heilung, auch ein früher bestandenen schweren Ekzemes. Die übrigen Kranken konnten auf Dauer der Heilung nicht weiter untersucht werden. (Deutsche med. Wochenschr., 1877, Nr. 8.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 12. *Erlangen*, am 24. März 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Analfissuren bei Kindern. Zur Lehre von der Brucheinklemmung. Einfluss der Nerven auf Erzeugung und Entwicklung der Dermatosen (Fortsetzung). Ueber Ostitis und Nekrose. Zur Kenntniss der Uterin-Molen. Gegen Hämorrhoidalknoten. Zur Aetiologie der Klappenfehler. Borsäure gegen Diphtherie. Chloralhydrat gegen Pityriasis capitis.

Dr. Mabboux erzählt einen Fall, in welchem ein zweimonatliches Kind seit drei Wochen an Stuhlverstopfung litt und unter lebhaften Schmerzensäusserungen ungewöhnlich harte Stuhlmassen entleerte. Da der Symptomenkomplex sofort an das Bestehen einer Fissura ani erinnerte, welche bekanntlich im Säuglingsalter äusserst selten ist, so wurde der Anus untersucht, dessen nächste Umgebung völlig gesund war. Erst in der Tiefe zeigte sich an der rechten Seite, zwischen zwei Falten der Schleimhaut versteckt, eine 1 Mm. breite, 3 Mm. lange oberflächliche Fissur, jenen Falten parallel. Der Sphincter ani war hochgradig kontrahirt; der Versuch, mit dem Finger einzudringen, war äusserst schmerzhaft. Ausser der Sorge für Stuhlentleerung verordnete Mabboux eine Salbe mit Extractum Ratanhae (4:15), welche in den Anus eingebracht wurde und nach sechs Tagen Heilung herbeiführte. — In geschichtlicher Hinsicht bemerkt Verf., dass Boyer das Leiden als ein nur bei Erwachsenen vorkommendes angesehen habe, womit Blandin, Begin und Velpeau übereinstimmen: Bayan beschrieb 1844 unter anderen den Fall einer Analfissur bei einem 4½jährigen Mädchen. Von jüngeren Kindern haben die ersten Fälle veröffentlicht Duclos (1856) und Perrin (1857). Aber auch Bouchut und Gosselin halten die Analfissur bei Kindern für selten. Trousseau berichtet zwei Fälle, deren einer ein einjähriges Mädchen, das noch gestillt wurde, und deren anderer ein achtmonatliches Kind betraf; beide wurden mittelst Lavements mit Extractum Ratanhae (1:100) geheilt. — Der Symptomenkomplex wird mit der Differentialdiagnose zusammen besprochen. Meist ist harter Stuhlgang vorhanden, dessen Entleerung das heftigste Schreien verursacht oder unter Schreien vermieden wird. Zuweilen ist der Koth mit Blut bedeckt (2 Fälle). Das Allgemeinbefinden ist gut. Nach der Entleerung tritt allmählig Ruhe ein. Alle diese Zeichen, welche einen schmerzhaften Zustand während des Durchtrittes der Stuhlmassen durch den Anus anzeigen, geben den Unterschied von Kolikschmerzen oder Dysenterie. Anders verhält es sich mit dem Hämorrhoidalzustande, der von Boyer in den ersten Monaten des Lebens bereits beobachtet wurde, ebenso wie Klein, Trnka, Lannelongue Aehnliches sahen. Dieselben Symptome finden sich nur bei Kindern, welche an einem Polypen des Rektum leiden. Zur Unterscheidung dieser drei im Kindesalter immerhin seltenen und gleiche Symptome bedingenden Zustände, der Analfissur, des Rektalpolypen und der Hämorrhoiden, gibt es nur zwei Mittel: die Digitalexploration, deren Ausführung Mabboux eingehend beschreibt, und die Beachtung der Kontraktur des Sphincter ani, die bei Mastdarmpolypen und Hämorrhoidalknoten fehlt. Die Symptome der Analfissur beim kleinen Kinde sind fast dieselben wie beim Erwachsenen, nur scheint in einzelnen Fällen die Dauer des Schmerzes nach Aus-

treibung der harten Stuhlmassen eine viel kürzere zu sein als bei Erwachsenen, bei denen der Schmerz zuweilen einige Stunden darnach noch anhält. Die Prognose ist an sich gut; es kann aber jede Analfissur beim kleinen Kinde die Gelegenheitsursache zu Konvulsionen abgeben. Desshalb soll die Behandlung, welche stets vom schnellsten Erfolge begleitet ist, sofort beginnen. Dieselbe besteht in Waschungen oder Salben mit Ratanha-Extrakt. Kormann hat von dem einmaligen Aetzen mit Argentum nitricum sehr gute Erfolge gesehen. (L'Union, 1876, 58. 61. 68.) —

Die Momente, welche Brucheinklemmung bedingen können, sind: schnell eintretende Cirkulationsstörungen in einer hervorgetretenen, meist leeren Darmschlinge, Eindringen einer zweiten Schlinge neben der schon vorliegenden, Abknickung einer Schlinge innerhalb der Bauchhöhle, plötzlich eingetretenes Missverhältniss zwischen Volumen und Inhalt des ausgetretenen Darmstückes. Letztere vielfach diskutirte Ursache der Einklemmung hat Docent Dr. Hofmokl zu Wien zum Gegenstande von experimentellen Untersuchungen gemacht und ist er dabei zu folgenden Ergebnissen gelangt: 1) Die Roser'schen Klappen existiren nur bei schlaffer Darmschlinge und gleichen sich bei stärkerer Spannung sofort aus. 2) Die Abknickung der Schlinge am äusseren Bruchringe ist Folge der Einklemmung, nicht deren Ursache. 3) Der zuführende Darmschenkel kann am inneren Bruchringe nie durch Abknickung, sondern nur durch plötzliche Anfüllung mit Luft oder Flüssigkeit zum Verschlusse gebracht werden. 4) Der Abschluss und die Abknickung des zuführenden Schenkels vor der Bruchpforte ist nur Folge der mechanischen Kompression der Darmschenkel durch die zu enge Bruchpforte selbst. 5) Die vor der Einklemmung schon bestehende Winkelstellung des zuführenden Darmschenkels zur Bruchpforte in der Bauchhöhle kann als prädisponirendes Moment für die Incarceration, bedingt durch plötzliche Inhaltszunahme der vorgelagerten Darmschlinge, angesehen werden, den einzigen Fall nur ausgenommen, in welchem der zuführende Darmschenkel zum abführenden in der Mesenterialebene einen rechten Winkel bildet, wobei der Austritt des abführenden Schenkels in die Bauchhöhle senkrecht auf die Bruchringebene gedacht wird; in diesem Falle ist nämlich die Kompression des abführenden Schenkels am inneren Bruchringrande eine ungenügende 6) Die Kompression des abführenden Darmschenkels im Bruchkanale selbst genügt nicht einen vollständigen Abschluss derselben zu bewirken; vielmehr ist 7) das wesentlichste mechanische Moment für die Incarceration dieser Art Hernien die feste Kompression des abführenden Darmschenkels am inneren Rand des Bruchringes durch den geblähten zuführenden Schenkel. Zwar kann dies Moment nicht während der ganzen Dauer der Einklemmung wirksam sein, da ja der Druck im zuführenden Schenkel nicht gleich bleibt, es leitet aber dieselbe ein und weiterhin fixirt sich die Einklemmung durch Kreislaufsstörungen und entzündliches Infiltrat. — Verf. meint, dass die Taxis, zumal bei kurzen Kanälen, am besten gelingen müsse, wenn man die Hernie vom abführenden Schenkel gegen den zuführenden zu verschieben suche (seitliche Verschiebung der Hernie der Autoren). Punktion des Bruchsackes sei schädlich, weil dadurch die Spannung in der Schlinge nur vermehrt werde, dagegen sei Punktion des Darmes selbst oft von grossem Vortheil. (Deutsche med. Wochenschr., 1877, 10. März.)

Prof. G. Lewin: Ueber den Einfluss der Nerven auf die Erzeugung und Entwicklung der Hautkrankheiten (Fortsetzung des in Nr. 10 S. 80 abgebrochenen Aufsatzes). E. Klein beobachtete, dass aus gröberen kernhaltigen marklosen Nervenfasern in der Umgebung der Arterien eine Anzahl feinerer Fasern mit sparsamen Kernen hervorging, die das Gefäss wie eine perivaskuläre Scheide umgaben. Aus dem Netze dieser Scheide drangen feine kernlose Fibrillen, sich dichotomisch theilend, in die Wand des Gefässes selbst ein. Weiterhin hat Kessel die Gefässnerven des Trommelfelles studirt und ähnliche Beobachtungen wie Tomsa gemacht. — Am genauesten studirte die Gefässnerven Arnold an den kleinen Arterien des Frosches. Auch er sah aus dem beschriebenen Grundplexus einmal markhaltige Nervenfasern austreten, welche allmählig die Gestalt längsstreifiger blasser Bänder von 0.0041 bis 0.0050 Mm. annehmen, stellenweise gleichgrosse Kerne zeigen, um nach und nach sich zu verschmälern. Von ihnen wird ein zweites intermediäres Netz mit weiten Maschen hergestellt, welches den Muskelschichten unmit-

telbar an- oder zwischen diesen liegt. Von dem intermediären Netze treten feine Fasern ab und verfeinern sich sehr rasch. Verschieden gestaltete Anschwellungen erscheinen an letzteren. Die feineren Fäserchen verbinden sich abermals zu einem engmaschigen intramuskulären Netzwerke. Aus diesem dringen endlich Fibrillen in die kontraktile Faserzelle ein, welche, wie Frankenhäuser angegeben, im Nucleolus endigen. In vielen Fällen jedoch treten jene Fibrillen aus dem Kernkörperchen aus und gesellen sich wiederum dem intramuskulären Netzwerke zu". — Dieser anatomische Nachweis bildet nun das Fundament, auf welchem physiologische Experimente und pathologische Erfahrungen zu weiteren Aufklärungen führten. Die physiologischen Versuche schafften Aushilfe, wenn präsumirte Nerven nicht aufgefunden, oder nachgewiesen, oder nicht immer in der ganzen Länge ihres Verlaufes verfolgt werden konnten. Einerseits erzeugte man durch Reizung der Nervenfaser Kontraktion eines bestimmten Gefässes und suchte so den Gefässnerven in seinem Verlaufe zwischen Anastomosen und Plexus zu den Wurzeln und von hier aus in die Centralorgane zu verfolgen. Andererseits durchschnitt man die betreffenden Nerven, erzeugte hierdurch eine Gefässerweiterung, welche die korrespondirenden peripherischen Bezirke und centralen Regionen anzeigte. Auf diese Weise sind namentlich in der letzten Zeit eine grosse Anzahl vasomotorischer Nerven aufgefunden und näher untersucht worden. Dies geschah hauptsächlich von Claude Bernard für die Gefässnerven des äusseren Ohres und der Extremitäten, von Wegner für die Iris, Choroidea und Retina, von Prussak und Moreau für die Paukenhöhle und von Nothnagel für das Gehirn. Die bisher übliche Ansicht, dass die Kopfgefässe ausschliesslich aus den Geflechten des Halssympathikus versorgt werden, erhielt einige Einschränkungen, so durch Schiff, welcher z. B. durch Durchschneidung des Nervus lingualis und hypoglossus eine Füllung der Gefässe der Zunge erzielte; so von Moreau, welcher nach Trennung des N. auricularis eine bedeutendere Hyperämie der Ohrgefässe beobachtete als nach Durchschneidung des Halssympathikus oder der Gefässnerven der Arteria temporalis. Auch Cl. Bernard bewies, dass der Nervus trigeminus eine grosse Anzahl vasomotorischer Fasern enthält. Die Gefässnerven des Rumpfes sind ebenfalls von einer Anzahl Autoren (Budge, Schiff, Brown-Séquard, Pflüger u. A.) nachgewiesen worden. Ebenso sind v. Bezold's Verdienste um den Nervus splanchnicus hinreichend bekannt. Ausserdem sind in letzter Zeit noch mehrfache wichtige Entdeckungen über den speziellen Verlauf der Gefässnerven gemacht worden. So hat Heidenhain nachgewiesen, dass die Gefässnerven, welche von dem Centralorgan zum Ischiadicus treten, diejenigen Bahnen vermeiden, auf welchen der Hüftnerve seine Fasern für Empfindung und willkürliche Bewegung bezieht (die Sakralwurzeln), sondern vielmehr durch höhere Spinalwurzeln austreten, um durch den Sympathicus zum Nervus ischiadicus zu gelangen. — Lewin zunächst zieht die physiologischen Funktionen der Gefässnerven, insbesondere derjenigen, welche nach seiner Ueberzeugung einen bedeutenderen Einfluss auf die Genesis und den Verlauf der Hautkrankheiten ausüben können, in Betracht, wobei er wiederum die Anschauungen, wie sie sich in dieser Beziehung allmählig entwickelt haben, in geschichtlicher Reihenfolge vorführt. „Schon im vorigen Jahrhunderte", sagt er, „wurde theoretisch die Frage vielfach diskutirt: welches die Ursache der Kontraktionen der Gefässwandungen sei? Es ist merkwürdig, dass bereits Boerhave, der Begründer der neueren Medizin, von Gefässnerven spricht und von ihrer Irritabilität die Entstehung des Fiebers ableitet. Dieser Ansicht trat Haller entgegen, indem er behauptete, dass jeder vitale Einfluss auf die Kontraktilität der Gefässwände auszuschliessen sei, und leitete dieselbe allein aus ihrer Elastizität her. Beinahe gleichzeitig suchte man diese Kontroverse auf experimentellem Wege der Entscheidung zuzuführen. So stellte Pourfour du Petit schon 1727 das Experiment der Durchschneidung des Cervikaltheiles des Sympathikus beim Hunde an, betonte die darauf eintretende Hyperämie der Konjunktiva, erklärte sie jedoch für das Produkt einer entzündlichen Reizung. Kurze Zeit nachher lenkte Cruikshanks die Aufmerksamkeit auf die bei diesem Versuche auftretenden oculo-pupillären Erscheinungen und hob besonders das Zurücksinken des Bulbus in die Orbita hierbei hervor. Ihm schloss sich Arnemann an und wies auf die nach der Durchschneidung des Sympathikus von ihm beobachtete Hypersekretion der Thränendrüsen und die reichliche Absonderung von zähem Schleime hin. Alle diese Autoren, so wie auch die späteren Experimentatoren,

waren jedoch weit entfernt, die beobachteten Erscheinungen in unserem jetzigen Sinne zu deuten, sondern sahen sie als trophische Störungen an, welche sich in Folge von Sympathikus-Durchschneidung entwickelten. — Mit Bichat's zur Geltung kommenden Lehre vom Gegensatze des animalischen und vegetativen Nervensystems war dem letzteren die Regulirung sämmtlicher automatischer und instinktiver Lebensäusserungen, so auch die der Ernährung, zugewiesen und die von ihm kommenden Fasern wurden als trophische bezeichnet. Als man aber bald die Gefässnerven näher zu studiren begann und die Bedeutung derselben erkannte, wurden alle bis dahin als trophisch angesehenen Vorgänge auf Erregungszustände der motorischen Gefässnerven bezogen, und statt der Bezeichnung trophischer Nerven wurde der von Stilling eingeführte Name „vasomotorisch" allgemein adoptirt. Stilling schlug sogar vor, den Namen „Sympathikus" durch die Benennung „Vasomotorius" zu ersetzen. — In ein neues Stadium traten die Untersuchungen über die physiologischen Leistungen der vasomotorischen Nerven, ja sie erhielten eine positive anatomische Unterlage, als Henle 1840 die muskuläre Natur der Ringfaserhaut der Gefässe nachwies. Das Experiment der Sympathikus-Durchschneidung wurde zugleich in rationellerer Weise von Schiff, Meyer und Claude Bernard wiederholt und namentlich von letzterem zur Erklärung einer Anzahl physiologischer Vorgänge, wie die der Temperatur und der Cirkulation, verwerthet. Ihm gelang es ganz besonders, das Experiment in seiner Bedeutung scharf zu beleuchten und ihm so die allgemeine Aufmerksamkeit zuzulenken. Die nach Durchschneidung des Halssympathikus eintretenden wesentlichen Erscheinungen sind: Röthung und Temperatursteigerung der betreffenden Kopfhälfte, Verengerung der Pupille mit gleichzeitigem Verluste ihrer runden Form, Zurücksinken des Bulbus in die Orbita mit Verengerung der Augenlidspalte, Steigerung der Sekretion der Thränendrüsen. Die erwähnten Erscheinungen der Hyperämie treten dadurch besonders in den Vordergrund, dass sich anfangs die Gefässe des Ohres füllen, hierbei bis dahin nicht sichtbare Kapillarästchen erkennbar hervortreten und später die ganze Kopfhaut und Gesichtshälfte an der Kongestionirung Theil nimmt. Wird die Jugularis beiderseits durchschnitten, so strömt an der entsprechenden Seite (woselbst der Sympathikus durchschnitten ist) in viel mächtigerem Strome das heller gefärbte und schneller gerinnende Blut heraus als auf der anderen Seite. Einige spätere Autoren haben gleichzeitig eine Hyperämie der Gehirngefässe konstatirt — eine Erscheinung, auf welche merkwürdigerweise Brachet schon 1839 aufmerksam machte. Ein ganz identischer Symptomenkomplex wie bei Thieren zeigt sich bei dem an Sympathikus-Lähmung leidenden Menschen. Bei ihm ist ausserdem noch eine auf die betreffende Gesichts- und Kopfhälfte beschränkte Schweisssekretion mehrfach beobachtet worden. — Analysiren wir die geschilderten Erscheinungen, so muss nach meiner Annahme die Ansicht Platz greifen, dass dieselben einen Komplex von Symptomen darstellen, welcher nur unter Konkurrenz von Nerven eintreten kann, welche mit heterogenen Energieen versehen sind, und man darf nicht behaupten, dass dieselben von vasomotorischen Nerven allein bedingt seien. Diese Auffassung fängt zwar an, in neuester Zeit sich Bahn zu brechen, aber nicht in hinreichender Ausdehnung und Detaillirung. Man scheidet nämlich nur die oculo-pupillären Phänomene, als durch motorische Nerven bedingt, von den übrigen Symptomen aus, welche man in ihrer Gesammtheit als Resultate der vasomotorischen Nerven ansieht. Nach meiner Ansicht dürfte man die Folgen der Sympathikus-Lähmung nicht bloss auf motorische und vasomotorische, sondern auch auf sekretorische, trophische und thermische Nerven zurückführen. Für diese Trennung liegen sowohl anatomische als klinische Beweise vor. Bernard konnte bei Durchschneidung des aufsteigenden Fadens des Brust-Sympathikus zwischen der zweiten und vierten Rippe die vasomotorischen, bei Durchschneidung der vorderen Wurzeln der zwei ersten Rückenmarksnerven oculo-pupilläre Lähmungs-Erscheinungen hervorrufen. Den vivisektorischen Experimenten entsprechend ergeben auch die klinischen Erfahrungen, dass bei der grösseren Anzahl der an Hals-Sympathikus-Paralyse leidenden Kranken entweder mehr oculo-pupilläre oder mehr vasomotorische Phänomene vorhanden sind oder wenigstens in den Vordergrund treten, nicht aber beide jedes Mal gleichzeitig auftreten. Es ist keineswegs hinreichend gerechtfertigt, die Abwesenheit der vasomotorischen Erscheinungen auf ihre phänomenale Flüchtigkeit zurückzuführen, wie dies namentlich von Guttmann geschehen ist. Vielmehr muss man annehmen, dass die

oculo-pupillären Erscheinungen ausschliesslich ohne vorausgegangene vasomotorische vorhanden sein können. Dies bestätigen zum Beispiele drei sorgfältig beobachtete Fälle von Schwabach. Dass ausser den reinen von vasomotorischen Nerven abhängenden Erscheinungen die anderen Phänomene auf Störung sekretorischer, trophischer, thermischer Nerven zurückzuführen sind, so der Thränenfluss, die Hyperidrosis, die Retraktion des Bulbus, die Temperatur-Erhöhung, scheint mir der Sachlage gemäss gerechtfertigt. — Was zunächst die vermehrte Schweisssekretion betrifft, so wird jetzt nach dem schon oben erwähnten, von Goltz geführten, experimentellen Nachweise kein Zweifel mehr vorhanden sein, dass diese auf mit spezifischen Energieen versehene Nerven bezogen werden muss. Dass von solchen sekretorischen Nerven auch der Thränenfluss abhängt, lässt sich wohl a priori aus der physiologischen Analogie beider Prozesse ableiten. Auch hierfür sprechen klinische Erfahrungen. Unter den von mir aufgefundenen hierhergehörigen Krankheitsfällen von Sympathikus-Lähmung fand ich nur sechs Mal Thränenfluss verzeichnet. — Was ferner die Retraktion des Bulbus betrifft, so glaube ich dieselbe aus einer Störung trophischer Nerven erklären zu sollen, welche das retrobulbäre Fettpolster zur Atrophie führt — eine Ansicht, welche ich, wie schon oben angedeutet, bei Behandlung der trophischen Neurosen näher begründen werde. Ebenso drängen drittens die neuesten physiologischen und klinischen Erfahrungen dahin, thermische Centra sowie thermische Nervenfasern zu präsumiren, durch deren Reiz oder Lähmung die Temperaturveränderungen der affizirten Seite erklärt werden müssen. Für meine Ansicht über die verschiedenen Energieen der sympathischen Nerven, welche man bisher zu wenig scharf gesondert und auseinander gehalten hat, könnte man eine Anzahl von physiologischen Analogieen geltend machen. Ich beschränke mich hier nur auf den Hinweis, dass z. B. die Sekretion der Speicheldrüsen bis dahin ebenfalls nur für einen rein vasomotorischen Prozess gehalten wurde, und dass es erst Ludwig und Wittich durch die Unterbindung der Karotis gelang, die Unabhängigkeit dieser Sekretion vom Blutdrucke nachzuweisen. — Die mangelnde Differenzirung der Einzelerscheinungen des nach Durchschneidung des Halssympathikus auftretenden Symptomenkomplexes, die übersehene Berücksichtigung, dass der Sympathikus keineswegs nur Gefässnerven führe, trägt die Schuld, dass diejenigen Pathologen, welche den vasomotorischen Krankheiten überhaupt ihre Aufmerksamkeit zugewandt haben, eine Anzahl Erkrankungen als alleinige Leistung der Gefässnerven ansahen, welche nur unter Mitwirkung anderer Nerven in Erscheinung treten können. So wurden selbst von Eulenburg, Guttmann und Landois mehrere Krankheiten als rein vasomotorische Prozesse angesprochen, deren Wesen und Symptomenkomplex durch Nerven bedingt werden, welche der Sekretion, Pigmentation etc. vorstehen. In einem späteren werthvollen Aufsatze hat Eulenburg seine frühere Auffassung wesentlich eingeschränkt und schon die Initiative für die Trennung der spezifischen Nervenenergieen ergriffen. Was nun die Funktion der Gefässnerven betrifft, so konzentriren sich die Bestrebungen der neuesten dies bezüglichen Forschungen auf Auffindung des Sitzes des vasomotorischen Centrums: „Zunächst glaubt man, dass, wie schon oben angedeutet, die Gefässnerven ihren Ursprung in den Ganglien des Sympathikus hätten. Später verlegte man das Centrum in das Rückenmark und nahm nebenbei ein besonderes Gefässsystem für die Unterleibsorgane, so namentlich für den Magen und die Leber, an (Schiff). Ludwig und Thiry gebührt das Verdienst, in exakter Weise den Nachweis geführt zu haben, dass ein Centrum der Gefässnerven in der Medulla oblongata enthalten sei. Die genaue Begränzung dieses Centrums haben in jüngster Zeit Owsjannikow und Dittmar nachgewiesen. Nach ihnen befindet sich die untere Gränze etwa 3 Mm. über der Spitze des Calamus scriptorius, 1—1½ Mm. unterhalb des unteren Randes des Tuberculum laterale — die obere Gränze ist in der Gegend der Fovea anterior am oberen Rande des Corpus trapezoides. Es entspricht dieser Raum ziemlich genau dem Ursprungsgebiete des Facialis. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt er sich von einem grauen Kerne angefüllt, der von Dean und Köllicker als unterer Theil der oberen Olive beschrieben worden ist. Er enthält beim Menschen ziemlich grosse multipolare Ganglienzellen. — Gegen diese Ansicht, dass der alleinige Sitz des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata sei, haben sich jedoch schon bald vielfache Stimmen vernehmen lassen. Vulpian's Experimente

wiesen darauf hin, dass vielfache Centra durch die graue Substanz des Markes vertheilt liegen, von welchen jedes selbstständig in Erregung versetzt werden kann. Wurde bei einem kurarisirten Säugethiere das Rückenmark in der Höhe des zweiten Halswirbels ganz — tiefer unten dagegen in der Rückengegend das Rückenmark halb durchschnitten, so erhob sich die Temperatur noch um etwas in den beiden Hinter-Extremitäten; bei einem Frosche waren auch die Gefässe der Interdigitalmembran der operirten Seite weiter als die der anderen. Ebenso stellten sich noch Reflexerscheinungen an den Gefässen ein, wenn das Mark des Bulbus medullae durchschnitten und dann das centrale Ende des durchschnittenen Nervus ischiadicus gereizt wurde. Noch weiter gingen Goltz und dessen Schüler. Dieser bewies, dass z. B. das Centrum für die Nervi erigentes nicht, wie Eckhardt behauptete, im Gehirne liege, weil bei Hunden einige Tage nach Durchschneidung des Rückenmarkes an der Gränze zwischen Lenden- und Brust-Theil regelmässig auf reflektorischem Wege durch Reizungen verschiedener peripherer Körpertheile Erektion eintritt etc. Ferner wies auch Schlesinger nach, dass Gefässnerven vom Rückenmarke ausgingen. Die Thätigkeit der Rückenmarkscentren werde zwar durch die Trennung des Markes vom Gehirne grösstentheils aufgehoben, könne aber durch Strychnininjektion wieder hergestellt werden. Auch bei durchschnittenem Halsmarke rufe Strychnin bedeutende Steigerung des Blutdruckes hervor. Putzey und Tarchanoff führten die Untersuchungen von Goltz weiter und kamen in Folge von Experimenten zu dem Schlusse, dass die Wiederherstellung des Tonus in den Gefässen nach Trennung von ihren im Gehirne und Rückenmarke gelegenen automatischen Centren sich nicht anders erklären lasse als durch das Vorhandensein lokaler peripherischer Vorrichtungen, die sich in ähnlicher Weise wie in den Eingeweiden verhielten. Der Tonus würde in erster Instanz von diesen Lokalmechanismen abhängen, in zweiter von den im Rückenmarke und der Medullà oblongata gelegenen Centren. Entzieht man die Gefässe dem Einflusse dieser letzteren, so brauchen die anderen terminalen Einrichtungen eine gewisse Zeit, um ihre ganze Macht zu entfalten. Goltz bekämpft in einem späteren Aufsatze nochmals die Ansicht, als ob ein einheitliches vasomotorisches Centrum in der Medulla oblongata existire und dem Rückenmarke nur die Rolle eines vasomotorischen Nervenkabels zukomme. Seine Versuche führten ihn vielmehr zu der Annahme, dass der Tonus der Gefässe der Hauptsache nach von gewissen selbstständigen Endvorrichtungen abhänge, die sogar in den Gefässen selbst oder in unmittelbarster Nähe derselben liegen. Jede Durchschneidung von Nerven lähme den Tonus in einem peripherischen Theile niemals auf die Dauer, sondern nur auf eine mehr oder weniger umfangreiche Zeit; so z. B. wird bei Fröschen nach Durchschneidung des Hüftnerven der normale Tonus in den Gefässen des gelähmten Beines schon nach zehn Tagen wieder hergestellt. So besorge eine Extemität, deren sämmtliche anatomisch nachweisbare Nervenstämme durchschnitten seien, ihren Gefässtonus selbstständig durch die in ihr enthaltenen peripherischen Endvorrichtungen. Diese seien in Ganglien zu suchen, welche entweder in oder neben der Gefässwand liegen und eine ganz ähnliche Selbstständigkeit besitzen, wie z. B. Ganglienzellen des Herzens. — Eine weitere Frage, welche in jüngster Zeit aufgeworfen wurde, ist diejenige, ob nämlich nur gefässverengernde oder auch noch gefässerweiternde Nerven existiren, so dass die Gefässdilatation nicht bloss ein passiver sondern ein aktiver Vorgang sei. Die letztere Meinung vertritt wiederum Goltz. Derselbe erklärt schon den blossen Akt der Durchschneidung eines vorher von seiner Verbindung mit dem Centrum getrennten Nerven als dasjenige Reizungsmoment, welches die gefässerweiternden Fasern in Thätigkeit zu setzen im Stande sei. Dieser Reiz kann sogar verstärkt und so seine Wirkung, die Erweiterung der Gefässe, erhöht werden, wenn statt der einfachen Durchschneidung ein mehrfach wiederholte Einkerbung oder ein anhaltende Hämmerung des Nerven ausgeführt würde. (Fortsetzung folgt.)

F. Busch veröffentlicht im „Archive für klinische Chirurgie“ (XX. S. 237 ff.) „experimentelle Untersuchungen über Ostitis und Nekrose“. Zu seinen Versuchen dienten ihm fast ausschliesslich erwachsene Hunde. Er bohrte das obere Markhöhlen-Ende eines langen Röhrenknochen derselben (Tibia und Radius) an, zerstörte einen Theil des Markgewebes und legte an der Stelle, bis zu welcher die Zerstörung ging, ein zweites Bohrloch an. Durch die

...rlöcher wurde eine Draht gezogen, welcher, ...eist galvanokaustischer Batterie zum Er... ...en gebracht, die Markhöhle kauterisirte. ... nach dem Grade der Glühwirkung ent... ...nden: 1) Ostitis, 2) Necrosis interna, ... Dickennekrose, 4) Ertödtung des ganzen ...ochengebildes und vielleicht noch der be... ...barten Weichtheile. — Der Vorgang bei ... Ostitis besteht in Anschwellung und Ver... ...ung des Periostes, Auflagerung von Kno... ...nsubstanz auf die Aussenfläche der Kno... ...rinde, Knochenbildung in der Markhöhle, ...ockerung des Gewebes der alten Knochen... ...le durch lakunäre Resorption und ver... ...serte Gefässlücken, bis zur vollständigen ...nogenität des alten und neugebildeten ...ochens, Verdichtung der äussersten Lagen ... periostalen Auflagerungen und zuletzt ...drängung der inneren Knochenbildungen ...ch Bindegewebe, so dass dadurch eine ... mit fibrösem Gewebe erfüllte centrale ...le entsteht. Zwischen die äusseren Kno... ...auflagerungen treten, ausgehend vom ...oste, radienförmig gestellte Einsenkungen ...ses Gewebes oft bis zum Aussenrande ...alten Knochens; sie stehen im Zusammen... ...ge mit dem Bindegewebe, welches die ...en Maschenräume der periostalen Auf... ...ungen erfüllt, und führen ernährende ...sse in das Knochen-Innere. Die Knochen... ...ng in der Markhöhle kann Busch nicht ... Maas allein davon ableiten, dass die ...dukte des Periostes durch die Bohrlöcher ...ie Markhöhle dringen. Denn wenn es an ... Tibia eine Oberflächennekrose bewirkte, ... er die Markhöhle entsprechend der Aus... ...ung der peripheren Nekrose mit Knochen... ...ildungen erfüllt, trotzdem eine Verbind... ...zwischen der Oberfläche und der Mark... ...le nicht bestand. Bei den Nekrosen drit... ...Grades (den Dickennekrosen) war die ...meisten hervortretende Erscheinung die, ... entsprechend der Stelle an Form und ...sse, an welcher die Aussenfläche des Se... ...sters glatt war, sich eine Lücke in der ...ernen Sequesterkapsel zeigte. Das Pe... ...t selbst war nicht etwa durch die Glüh... ...e gleichzeitig mit der Knochenrinde er... ...et, denn es überzog die Lücken der Se... ...sterkapsel als derbe bindegewebige Mem... ... Es hatte jedoch seine knochenbildende ...igkeit verloren und zwar dadurch, „dass ...Zellschicht seiner Innenfläche Eiter bil... ...“. —

...der pathologischen Gesellschaft zu Dublin bemerkte Dr. Atthill unter Vorzeigung eines Präparates, dass man zwei Arten von Uterin-Molen zu unterscheiden habe: solche, die das Produkt einer Konzeption sind und als wahre Molen bezeichnet werden, und solche, welche aus irgend einer anderen Veranlassung entstanden sind. Die Unterscheidung beider ist insoferne von Wichtigkeit, als die Verwechslung falscher mit wahren Molen in gewissen Fällen sehr gravirend und ungünstig für manche Frauen werden könnte. Das vom Verfasser vorgezeigte Exemplar gibt einen Beweis davon, wie lange Zeit eine Mole im Uterus zu verweilen vermag; in diesem Falle mindestens neun Monate vom Absterben des Embryo bis zur Ausstossung der Frucht. — Die 26jährige Frau, welche zwei Mal, zuletzt vor zwei Jahren, in normaler Weise geboren hatte, menstruirte zuletzt am 27. März 1875, worauf sich alle Symptome einer neuen Schwangerschaft einstellten; im dritten Monate derselben trat, nachdem die Frau einen Stoss auf den Leib erhalten hatte, ein starker Blutabfluss ein, welcher erst nach drei Wochen gänzlich aufhörte. Die Cessation der Regeln bei übrigens gutem Befinden, ohne dass Symptome einer sich weiter entwickelnden Schwangerschaft auftraten, veranlassten im Februar 1876 die Frau, sich beim Verfasser Rath zu erholen. Derselbe fand den Uterus sehr vergrössert und retroflektirt und schöpfte Verdacht, dass sich eine Mole in der Gebärmutterhöhle befinde. Die Untersuchung hatte das Eintreten von Wehen zur Folge und nach 12 Stunden erfolgte die Austreibung einer Mole. Dieselbe bildete eine feste fleischige Masse mit einer Höhle in ihrer Mitte, die vollkommen leer war. — Wenn ein Embryo abstirbt, so bedarf es zur Absorption desselben einer verhältnissmässig nur kurzen Zeit, wobei das Ei selbst fortleben kann. v. Scanzoni ist der Ansicht, dass Massen — wie die vorgezeigte — nur aus koagulirtem Blute bestehen; der dunklere Theil derselben ist muthmasslich die Placenta gewesen, während der grösste Theil aus seines Farbstoffes beraubtem Blute bestand. Die wahre durch Konzeption entstandene Mole erreicht oft eine ungeheure Grösse, indem nach dem Absterben des Embryo die Eitheile fortwachsen. (Dublin Journal, LXII, p. 249.) —

Nach E. Andrews (Chicago med. Journ. and Exam., Oktober, 1876) treiben sich in Illinois und den benachbarten Staaten Leute herum, welche sich nur mit der Kur von

Hämorrhoidalknoten, angeblich ohne Operation, beschäftigen. Die Methode der meisten dieser Leute besteht darin, dass sie eine Lösung von 3 Theilen krystallisirter Karbolsäure in einem Theile oder in der gleichen Menge eines nicht reizenden fetten Oeles oder auch in Glyzerin mittelst der Pravaz'schen Spritze in die Knoten injiziren; es wird immer nur ein Knoten auf einmal, und zwar der höchstgelegene unter den noch zugänglichen, in Angriff genommen, indem 4—6 Tropfen der öligen Karbollösung in sein Inneres eingespritzt werden, worauf der Knoten weiss wird. Erst nach einiger Zeit wird ein zweiter Knoten in gleicher Weise behandelt. Diese Methode soll in den meisten Fällen mit nur geringen Beschwerden verbunden sein und dem Patienten die Ausübung seines Berufes gestatten; zuweilen sollen ziemlich heftige Schmerzen der Injektion folgen. Von anderen üblen Zufällen, die bei dieser Behandlung eingetreten wären, hat Verfasser keine Kenntniss erhalten. —

Medizinalrath Dr. Birch-Hirschfeld zu Dresden machte in der Sektion für innere Medizin der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg auf ein bisher nicht gewürdigtes ätiologisches Moment von Klappenfehlern aufmerksam, welche ohne eine bestimmte Ursache im kindlichen oder jugendlichen Alter entstehen. Er citirt vier schwere Klappenaffektionen bei Mädchen im Alter von 12—18 Jahren, die sich muthmasslich im 5.—9. Lebensjahre entwickelt haben mochten; alle vier Individuen, welche jetzt noch Zeichen der Skrophulose aufweisen, waren schon vor Entstehung der Klappenfehler skrophulös, zwei stammten überdies von phthisischen Aeltern ab. Es ist a priori ein Zusammenhang zwischen skrophulöser Erkrankung der Serosa der Gelenke und des Endokardiums sehr plausibel; der chronische Verlauf der Endokarditis würde die Deutung derselben als einer skrophulösen noch unterstützen. Die geringe Zahl der Beobachtungen reicht vor der Hand nur hin, um weitere klinische Beobachtungen anzuregen. (Wien. med. Wochenschrift, Nr. 6, 1877.) —

Dr. W. Vogel wendet Lösungen von Bor säure (4—6.0 : 180.0) bei der Diphtheri an, lässt mit diesen Lösungen 1—2 stdl. pinse und ausserdem auch gurgeln, gibt dabei au Chinin in grossen Dosen, Einreibungen v Unguentum cinereum und Priessnitz'sche Um schläge am Halse. Die Behandlung frische Fälle dauert 2—3, bei ausgedehnter Diph therie 8—10 Tage. Die Borsäure-Lösung h keinen unangenehmen Geschmack und ist fü die Mundschleimhaut fast indifferent. Mit d Pinselung streift man die Membranen leic ab, so dass nach wenigen Tagen reine G schwüre zurückbleiben, die man aber no weiterhin 2—3 Tage lang 2—3 Mal täglic einpinselt. Die Borsäure hindert den Abla des diphtherischen Allgemeinleidens nicht, i aber nach Vogel das beste bis jetzt b kannte Mittel gegen die in Rede stehend Krankheit. (Allg. mediz. Centralzeitung, 187 Nr. 99—100.)

Dr. L. Martineau berichtet im Bullet de Thérapie (XC. p. 49) über die günstig Erfahrungen, welche er in einer grossen A zahl von Fällen von Pityriasis capit mittelst der Anwendung einer fünfprozentig Lösung von Chloralhydrat in Was gemacht hat. Er lässt von dieser Solutio 1—2 Esslöffel erwärmen und damit jed Morgen Waschungen der Kopfhaut vornehm die gewaschenen Partieen aber nicht abtro nen. Oft verschwinden die Krankheitserschei ungen (Abschuppung, Jucken etc.) sch nach wenigen Tagen, jedenfalls aber na einem Monat bei Fortsetzung der Kur. H die Affektion schon lange bestanden, so keh sie nicht selten nach mehr oder weniger la ger Zeit wieder, verschwindet jedoch bei E neuerung der Kur abermals. Ist die Pityria von Erythem der Haut und papulösem Exa theme begleitet, so empfiehlt sich eine Mixt von 500 Wasser, 25 Chloralhydrat und 1 Liquor van Swieten (0.1 Hydr. bichlor. corros Spir. vin. rectif. und Aq. font. ana 50.0).

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlange
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

№ 13. *Erlangen*, am 31. März 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Resultate aus Untersuchungen über die Massenligatur der Ovarialgefässe. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie des centralen Nervensystemes, insbesondere des Rückenmarkes. Einfluss der Nerven auf Erzeugung und Entwicklung der Dermatosen (Fortsetzung). Wirkung des Wassers auf die gesunde und kranke Haut. Resultate aus Blutuntersuchungen bei Anämischen. Zur Frage, welche Stoffe von der Placenta materna in die Placenta foetalis und von da in den Kreislauf des Fötus gelangen können. Zur Behandlung der Nabelbrüche bei Kindern. Fall von Magenbauchwandfistel. Gegen Verbrennungen.

Der Assistenzarzt der chirurgischen Universitäts-Klinik und Privatdocent zu Budapest, Dr. Géza Antal, veröffentlicht in einer direkten Mittheilung an die Redaktion der Allgemeinen medizinischen Central-Zeitung (1877, Nr. 12 vom 10. Februar) Folgendes über seine experimentellen Studien betreffs der Massenligatur der Ovarialgefässe: „In Nr. 52 des „Orvosi Hetilap“ vom verflossenen Jahre theilt Dr. Tauffer aus der Klinik des Prof. Hegar zu Freiburg zwei Krankheitsfälle mit, in welchen Herr Prof. Hegar wegen Myofibrom des Uterus im August 1876 die Exstirpation der Ovarien behufs Erzielung des frühzeitigen Klimax ausführte. Noch ehe indess diese Mittheilung erschien, befasste ich mich schon mit der Idee, ob es nicht möglich wäre, unter gewissen Umständen in geeigneten Fällen von Ovarialerkrankung (Ovarienkyste) durch Massenligatur der Gefässe der Eierstöcke ein günstiges Resultat zu erzielen? — Die von Prof. Hegar in zwei Fällen ausgeführte Operation der Ovarialexstirpation — welche zum Zwecke der Mästung bei einigen unserer Hausthiere schon seit Langem mit gutem Erfolge geübt wird — beschleunigte nur meine Experimente, die theils zum Studium jener Veränderungen vorgenommen wurden, die bei Thieren in deren Ovarien nach Unterbindung der Gefässe auftreten, theils an menschlichen Leichen jene Wege zu erforschen, durch welche man verhältnissmässig am sichersten und mit der unbedeutendsten Verletzung zu diesen Gefässen gelangen kann. — Meine zum Theile noch nicht zum Abschlusse gebrachten Versuche betreffen Kaninchen und Hunde. In den ersten meiner Fälle unterband ich die in den Ligamentis latis verlaufenden Gefässe beider Ovarien nach einem in der Mittellinie der Bauchwand geführten Schnitte. Jetzt führe ich jedoch die Unterbindung nur an einem und zwar an dem tiefer gelegenen linksseitigen Ovarium aus, nach einem zwischen der letzten diesseitigen Rippe und Os ileum gemachten Einschnitte, damit die eintretenden Veränderungen, mit der unverletzten Seite verglichen, um so auffallender seien. Die Thiere zeigten sich dem Eingriffe gegenüber sehr tolerant. Das erste Versuchsthier wurde 18 Tage nach der Operation durch Vergiftung getödtet. Beide Ovarien waren verkleinert, die Schnittfläche blass und unter dem Mikroskope Verfettung deutlich erkennbar. Entzündungserscheinungen und Eiterung waren weder in den Ovarien noch in der Umgebung bemerkbar, ja es war auch keine Verwachsung mit den Nachbarorganen zu Stande gekommen. Die übrigen Versuchsthiere leben noch und stehen unter fernerer Beobachtung. — Eine weitere Reihe von Untersuchungen führte ich an weiblichen Leichen aus, um bestimmen zu können, in welcher Gegend, mit welcher Sicherheit und mit wie grosser Verletzung es möglich ist, die in den breiten Bändern zu den Ovarien hinziehenden Gefässe zu unterbinden. Der eine und schon oft be-

nutzte Weg ist der durch die Mittellinie der Bauchwand; ein anderer Weg wäre die Scheide. Wenn wir nämlich den Uterus mittelst einer Museux'schen Zange oder mittelst einer durch die Portio vaginalis geführten Schlinge hervorziehen und — vorausgesetzt dass keine Verwachsungen vorhanden sind — an einer oder der anderen Seite in das sogenannte Parametrium einen 3—4 Ctm. langen Längsschnitt machen, so gelingt es mit dem in Bohrbewegung nach vorne geschobenen Finger leicht, die breiten Bänder zu erreichen, sie herabzuziehen und an die in denselben verlaufenden Gefässe die Schlinge anzulegen. Ebenso können die Ligamenta lata von dem hinteren Fornix aus, nach Eröffnung des Douglas'schen Raumes, erreicht werden und zwar von einer Wunde aus die beiderseitigen, nur gelingt das Herabziehen derselben und der Ovarien etwas schwerer. — Ich bin natürlich weit entfernt davon, aus meinen noch nicht allseitig zum Abschlusse gebrachten Untersuchungen endgiltige Schlüsse in Betreff der Chancen, welche bei diesem Eingriffe an der Lebenden sich ergeben können, zu ziehen, doch glaube ich, dass, wenn die Hegar'sche Methode, um künstlich den Klimax zu erzielen, prinzipiell zur Geltung gelangen sollte, anstatt der Exstirpation der Ovarien als geringerer Eingriff die Unterbindung ihrer Gefässe sich als zweckmässig erweisen dürfte. Ja ich glaube noch weiter gehen zu können, wenn ich annehme, dass bei Operationen von solchen Ovarialkysten, bei welchen wir uns nach gemachtem Bauchschnitte überzeugen, dass die vorhandenen Adhäsionen zu lösen nicht räthlich wäre — und wir demnach von der Exstirpation abstehen müssten — es vielleicht zu versuchen wäre, durch den ohnehin schon gemachten Bauchschnitt den Stiel des Tumors im Ganzen oder in Portionen nach vorher gemachter Punktion, zu unterbinden. Wie die Verhältnisse nach der Unterbindung in der Kyste selbst sich gestalten würden, ob und in welchem Grade die neugebildeten Gefässe der Adhäsionen einen Kollateralkreislauf bewerkstelligen und so die Weiterentwicklung der Kyste nicht beeinträchtigen, oder ob Rückbildung, Schrumpfung und gänzliches Absterben der Kyste die Folge sein würde, sind Fragen, welche auf rein experimentellem Wege nicht zu lösen sind und welche nur durch an Lebenden ausgeführte Operationen beantwortet werden können. Die Unterbindung des Stieles durch die Vagina käme erst dann in Betracht, wenn das früher angedeutete Verfahren von Erfolg gekrönt wäre".

In Virchow's Archiv (Bd. 68, S. 109 ff. veröffentlicht F. Schultze „Beiträge zu Pathologie und pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems insbesondere des Rückenmarkes". Derselbe hatte von Neuem Gelegenheit, in einem Falle von Leptomeningitis acuta tuberculosa cerebrospinalis (vulgo Meningitis basilaris), neben der stark ausgesprochenen tuberkulösen Entzündung der Hirnhäute eine bedeutende entzündliche Affektion der Rückenmarkshäute, auch in den makroskopisch normal aussehenden Theilen der vorderen Abschnitte der Arachnoidea und Pia, zu konstatiren. Ebenso war auch das Rückenmark selbst affizirt: es fanden sich an gewissen Stellen Schwellung der Axencylinder sowie in den peripheren Theilen des Markes Zellenwucherungen in der Neuroglia und kleine hämorrhagische Herde im Hals-, besonders aber im Dorsal-Marke (Hinterstränge). Das Perineurium der Nervenwurzeln war mit Zellen infiltrirt, die graue Substanz wenig verändert. — Im zweiten Theile seiner Arbeit „Ueber das Verhältniss der Paralysis agitans zur multiplen Sklerose des Rückenmarkes" theilt Schultze die Geschichte eines an den Folgen einer Lungenentzündung zu Grunde gegangenen Mannes mit, welcher seit fünf Jahren an Zittern der linken Hand und des linken Vorderarmes gelitten. Diese Bewegungen nahmen in der Ruhe sogar zu: die Sensibilität und motorische Kraft der zitternden Extremität war erhalten. Die Obduktion zeigte ausser einer chronischen Leptomeningitis eine chronische Entzündung des Markes selbst, mit disseminirten, vorwiegend die hinteren Abschnitte des Markes einnehmenden sklerotischen Herden. Ausser diesen fanden sich aber auch in den anscheinend normalen Markpartieen die Neurogliaelemente (Fasern, körnige Zwischensubstanz) vermehrt, so dass man wohl von einer diffusen Myelitis interstitialis zu sprechen berechtigt war. Interessant ist also der Befund einer disseminirten Sklerose des Markes in einem klinisch sich als Paralysis agitans darstellenden Falle. — Im dritten Abschnitt

theilt: **Zur Lehre von der spinalen Kinderlähmung und der analogen Lähmung der Erwachsenen** (Poliomyelitis anterior acuta) wird der Obduktionsbefund eines an Lungenphthise verstorbenen 22jährigen Mannes mitgetheilt, welcher seit seinem dritten Lebensjahre an der atrophischen Lähmung beider Beine gelitten hatte. Die rechte Unterextremität war die schwerer ergriffene gewesen. Das ganze Rückenmark war schmächtig und dünn, besonders die unteren Partieen und an ihnen (Lendenanschwellung) wieder die Vorder- und Seiten-Stränge. Auch die Vorderhörner waren daselbst weniger volumiös als unter normalen Verhältnissen; man sah in der karminisirten grauen Substanz scharfbegränzte, mattrothe, trübe Flecke, innerhalb deren (in der Mitte der Lendenanschwellung) die Ganglienzellen nebst den Axencylindern fehlten und welche von dicht gedrängten Kernen umgeben waren. Man erhielt den Eindruck, als wenn hier ein früherer Erweichungs- und Entzündungsherd durch eine reaktive Wucherung an der Peripherie gleichsam eingekapselt wäre. Ausserdem fehlten im Uebergangstheile des Dorsal- zum Lumbal-Marke die Clarke'schen Säulen und nur im Dorsalmarke sowie im unteren Theile der Halsanschwellung das rechte Vorderhorn noch immer deutlich verschmälert, in den oberen Theilen des Halsmarkes merkwürdigerweise das linke. Die Seitenstränge des Lumbartheiles waren atrophisch und von starken Bindegewebstrabekeln durchsetzt, die vorderen Nervenwurzeln waren verdünnt, ebenso die einzelnen Nervenfasern. Die Muskeln der Unterextremitäten hatten sehr dünne Fasern und grosse Massen fibrillären Binde- oder Fett-Gewebes waren an ihre Stelle getreten. In den peripheren Nerven waren die einzelnen Fasern ebenfalls sehr verdünnt, wenn auch weniger wie in den Wurzeln, und die Scheiden der einzelnen Nervenbündel sehr verdickt. Es handelte sich also offenbar um die Residuen eines entzündlichen Vorganges, und deshalb schliesst sich Schultze der Ansicht Roth's, Roger's und Damaschino's gegenüber Charcot an. — Anhangsweise wird noch ein Fall analoger Lähmung bei einer Erwachsenen (42jährigen Frau) mitgetheilt, bei welcher an den gelähmten Muskeln Entartungsreaktion konstatirt und ein eigenthümliches Verhalten der Haut (einige Monate nach Beginn der Lähmung) beobachtet wurde. Die Haut erschien trocken, dicker als normal und mit dicken Epidermisschuppen bedeckt; die Nägel waren lange, dick und unförmlich; die Gelenke frei. —

Prof. G. Lewin: **Ueber den Einfluss der Nerven auf die Erzeugung und Entwicklung der Hautkrankheiten.** (Fortsetzung des in Nr. 12 S. 94 abgebrochenen Aufsatzes.) Das Phänomen des allseitig zurückkehrenden Tonus eines durchschnittenen Gefässes soll keineswegs, wie die Mehrzahl der Autoren annimmt, auf nervösen Endvorrichtungen beruhen, welche nur in dem Falle in Thätigkeit treten, wenn das Centrum im Rückenmarke und im Gehirne ausser Thätigkeit gesetzt wurde. Es entbehrt jeder Analogie, dass solche nervöse Einrichtungen nur zu dem Zwecke existiren, vikariirend die Rolle des Centrums für die so seltenen Fälle der Nervenverwundung zu übernehmen, um dagegen bei Integrität der Nerven während des ganzen übrigen Lebens zum ewigen Schlummer verurtheilt zu sein. Schliesslich rekurrirt Goltz hierbei noch auf das bekannte Experiment der Reizung der Nervi erigentes. — Auch Vulpian führt für die Existenz gefässerweiternder Nerven noch eine Reihe physiologischer Beobachtungen vor, so z. B. dass der Nervus lingualis gefässerweiternde Fasern enthalte und dass nach einfacher Durchschneidung des Nerven die betreffende Zungenhälfte blutreicher werde. Diese Röthung steigere sich zur Blutwallung, sobald das periphere Ende des durchschnittenen Nerven einer Reizung unterläge. Aehnliche Versuche hat Vulpian am Nervus glossopharyngeus bei Thieren mit gleichem Erfolge angestellt. Durchschneidung dieses Nerven bewirkt die Gefässerweiterung der entsprechenden Hälfte des Zungengrundes. Diese ist jedoch nur von kurzer Dauer, kehrt aber sogleich zurück, ja steigert sich zur hochgradigen Gefässerweiterung, sobald das peripherische Ende des durchschnittenen Nerven gereizt wird — das Phänomen, dass im Beginne der Reizung häufig deutliche Kontraktionen der Gefässe beobachtet werden, wie namentlich am Nervus ischiadicus, wird von Goltz durch die Annahme erklärt, dass dieser Hüftnerve sowohl gefässerweiternde als verengernde Fasern enthalte. Während die letzteren leicht und viel schneller ermüden und viel schwerer erregbar sind, findet bei den ersteren das Gegentheil Statt. Gegen diese Ansichten Goltz's erklärten sich Putzey und Tarchanoff. Sie behaupteten, stets als ersten Erfolg der

Reizung des Nervus ischiadicus eine Gefässverengerung beobachtet zu haben; die mehr oder weniger rasch, ja selbst noch während der Reizung auftretende Hyperämie sei aber auf die Erschöpfung der bis dahin thätigen gefässverengernden Nerven zurückzuführen. Die Versuche scheinen nicht unter den von Goltz angegebenen Bedingungen angestellt worden zu sein. — In der jüngsten Zeit sind mehrere Arbeiten erschienen, welche für die Existenz gefässerweiternder Nerven, wenn auch in eingeschränkterem Sinne, als Goltz annimmt, plaidiren. Goltz's Ansichten über den Mechanismus der gefässdilatirenden Nerven wurden wegen einer gewissen mangelnden Präzision bekämpft. Man warf ihm vor, nicht scharf genug die Centren bezeichnet zu haben, welche er als die gefässverengernden oder gefässerweiternden ansieht. Auch seine Definition einer Hemmungswirkung sei nicht ganz verständlich. Ja man könnte aus seiner Arbeit herauslesen, dass als Erweiterungsnerven solche Nerven zu verstehen seien, deren verminderte Thätigkeit Erweiterung bewirkt. Andererseits wird aber die Gefässdilatation als Folge der durch Reizung gesteigerten Thätigkeit gewisser Nerven betrachtet — dies würden aber Erweiterungsnerven sein. Wegen dieser Begriffsschwankungen theilen Heidenhain und Ostroumoff die Gefässnerven überhaupt ein in vasomotorische, d. h. in solche, durch deren Thätigkeit die Gefässe verengt, und in Hemmungsnerven, durch welche die Gefässe erweitert werden. Einfacher wäre mir die Eintheilung in vasodilatirende und vasokonstringirende erschienen". — — Die Ergebnisse, zu welchen die genannten Autoren bei ihren zahlreichen Experimenten gelangt sind, erscheinen dem Verf. zum Zwecke seiner Arbeit so wichtig, dass er einen Theil derselben wiederzugeben sich veranlasst fühlt: Dieselben sind: 1) Im N. ischiadicus verlaufen sowohl vasomotorische Fasern, deren Reizung Verengerung der Hautgefässe, als auch Hemmungsfasern, deren Erregung Erweiterung herbeiführt. Nach Durchschneidung des Nervenstammes sinkt die Erregbarkeit der vasomotorischen Fasern schneller als die der Hemmungsfasern. 2) Der Tonus der Blutgefässe wird nicht sowohl von den grossen Nervencentren als vielmehr durch peripherische, an den Gefässen angebrachte gangliöse Apparate unterhalten. Auf diese wirken die vasomotorischen im Sinne einer Verstärkung, die Hemmungsnerven im Sinne einer Herabsetzung ihrer Thätigkeit. Die Durchschneidung der Gefässnerven wirkt nicht durch Lähmung der vasomotorischen, sondern durch eine starke und lange Reizung der Hemmungsnerven. Es ist, mit einem Worte, der Hemmungsapparat der Hautgefässe ganz ähnlich dem, den wir an den Speicheldrüsen kennen. 3) Die peripherischen Endvorrichtungen der Gefässnerven üben an sich einen regulatorischen Einfluss auf den Blutstrom aus, insoweit als sie bei plötzlicher Drucksteigerung die Gefässmuskeln zu erhöhter Thätigkeit veranlassen, auf die Dauer jedoch können sie der Unterstützung der vasomotorischen Nerven nicht entbehren, wenn sie nicht nach einiger Zeit bei erhöhter Thätigkeit sich erschöpfen sollen. Diese Widerstandsfähigkeit wird durch ermüdende Einflüsse (Reizung oder Misshandlung der vasomotorischen Nerven, Wiederholung der Drucksteigerung) herabgesetzt. — Einige Bedingungen, unter welchen die Hemmungsnerven der Hautgefässe in Thätigkeit versetzt werden, sind: 1) Reflektorische Reizung. Bei Reizung des centralen Endes sensibler Nerven steigt die Temperatur der Haut. Nach Owsjannikow werden bei Reizung des centralen Endes des Ischiadicus bei Hunden die Hemmungsfasern der Chorda tympani für die Gefässe der Submaxillardrüse reflektorisch erregt. Goltz beobachtete bei Hunden, denen das Rückenmark in der Höhe des letzten Brustwirbels durchschnitten war, durch Reizung des centralen Endes eines Ischiadicus Erwärmung an der anderseitigen Hinterpfote etc. 2) Reizung durch Athmungssuspension. Die durch dieselbe gesetzte Drucksteigerung wirkt auf Gefässe, deren peripherische Centren durch Misshandlung oder durch elektrische Reizung der vasomotorischen Nerven erschöpft sind, erweiternd dagegen auf Gefässe mit leistungsfähigen Nerven nicht ein. 3) Reizung der Hemmungsnerven der Hautgefässe durch psychische Erregung. Bei Thieren, welchen die Gefässnerven eines Ohres durchschnitten sind, zeigt das gelähmte Ohr bekanntlich eine höhere Temperatur als das normale. Sobald die Thiere sich erhitzen, erschreckt werden etc. erhöht sich die Temperatur des gesunden Ohres um einige Grade mehr als das andere — Gergens und E. Weber bestätigen durch mehrfache Experimente die Existenz von gefässerweiternden Nerven. Auch sie nehmen ausser den nervösen Centralorganen peripherische Centren an, die mit einer gewissen

Selbstständigkeit ausgestattet sind. Auch Kendall und Luchsinger bringen weitere Beweise für die Goltz'sche Ansicht. Sie fanden in den gefässerweiternden Nerven auch gefässhemmende im Nervus ischiadicus und auricularis magnus und hielten den Schluss für gestattet, es möchte dies Verhältniss alle Hautgefässe betreffen. Schliesslich haben in jüngster Zeit Brown-Séquard, Eulenburg und Landois Experimente und darauf begründete Ansichten mitgetheilt, welche für die bisherigen Anschauungen über den Ursprung der vasomotorischen Nerven eine neue Perspektive eröffnen würden. Die in der Medulla oblongata räumlich konzentrirten Vasomotoren sollen ihr centrales Ende in der Grosshirnrinde erreichen und daselbst durch Associationssysteme mit anderweitigen, namentlich sensoriellen, Apparaten verknüpft sein. Gleichzeitig will Eulenburg bei seinen Zerstörungsversuchen an der Grosshirnhemisphäre die Symptome der Sympathikuslähmung beobachtet haben, sowie auch ein profuse Sekretion der Speicheldrüsen. Bei einem Hunde traten auch nach Verletzung einer gewissen Region der Rindenoberfläche blutige Darmausleerungen auf. Endlich macht Lewin noch auf die Bedeutung des schon früher von Ludwig und Cyon nachgewiesenen Depressor nervi vagi aufmerksam. Derselbe geht beim Kaninchen und nach meinen Untersuchungen auch bei anderen Tieren aus dem Vagusstamme und dem Nervus laryngeus superior zur Karotis, läuft dann unmittelbar am Sympathikus, um sich mit Aesten, die vom Ganglion stellatum ausgehen, zu verbinden. Reizung des centralen Endes dieses Nervus depressor lässt den Blutdruck sehr bedeutend herabsinken. Gleichzeitig wurde konstatirt, dass derselbe reflektorisch den Tonus der Gefässnerven zu hemmen im Stande ist. — — Dies ist der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über gewisse, bei Verfassers Erörterungen in Betracht kommende Fragen der vasomotorischen Nerven. Dieser betrachtet demnächst die Einflüsse, welche die Alteration dieser Nerven auf die Entstehung und Entwicklung einer Anzahl von Hautkrankheiten auszuüben scheint, um demnächst den Zusammenhang zwischen den physiologischen Ergebnissen und den pathologischen Thatsachen der Dermatosen zu ermitteln. — Diesem Versuch, die Angioneurosen der Haut genau zu fixiren, schickt Lewin die Bemerkung voran, dass das isolirte Auftreten einer nur allein von den Gefässnerven resultirenden Symptomengruppe, also einer auf reiner Angioneurose beruhenden Hautkrankheit, wohl nur selten vorkommen möchte. Zwar unterlägen die Gefässnerven in gleicher Weise wie die sensiblen und motorischen Nerven dem Gesetze der isolirten Leitung, so dass ein sie betreffender Reiz im Allgemeinen nicht auf andere Nerven überspringt. Da aber die vasomotorischen Centren im Gehirne, im Rückenmarke und in den Gefässen in unmittelbarer Angränzung an die Centren der anderen Nerven, sowohl der sensiblen, motorischen, sekretorischen als trophischen sich befänden und auch die abgehenden Nervenästchen in innigster Mischung zu verlaufen pflegten, so sei es wohl natürlich, dass ein die Gefässnerven treffender Reiz oft auch die in unmittelbarer Nähe vorhandenen anderen Centren oder Nervenverzweigungen berühren muss. Hierzu komme noch, dass dieselben Reize, welche auf das vasomotorische Centrum einwirken, gleichzeitig auch Irritamente für andere Nerven abgeben können. Nur sei meist die Receptivität der Centren für Reize derselben Gattung eine sehr verschiedene. Während das eine Centrum schon auf einen Reiz geringer Intensität reagirt, antwortet das andere nur auf einen Reiz von grösserer Stärke. Als Illustration hierzu weist Lewin darauf hin, dass schon geringfügige sensible Reize das vasomotorische Centrum in Thätigkeit versetzen können, dagegen nicht das motorische Reflexcentrum. Umgekehrt genüge z. B. eine geringe chemische Alteration des im Blute vorhandenen Gases, so namentlich die Verminderung des Sauerstoffes, um das Respirationscentrum zu abnormer, die auxiliären Athemmuskeln in Mitbewegung versetzender Aktion zu veranlassen, während das vasomotorische Centrum, als auch das für fallsuchtähnliche Zustände, erst durch grösseren Sauerstoffmangel in Thätigkeit versetzt werde. Nach dieser Anschauung scheint es dem Verfasser ferner hin nicht mehr nöthig, das Gesetz der „paradoxen Zuckung" aufrecht zu erhalten, oder das der Mitempfindung, i. e. Irradiation.

(Fortsetzung folgt.)

Bezüglich der Wirkung des Wassers auf die gesunde und kranke Haut tritt Prof. Hebra (Wien. med. Wochenschr., 1877, 1 u. 2) entschieden der Ansicht entgegen, dass man durch häufiges Baden, durch kalte Waschungen und Abreibungen, durch

den oftmaligen Gebrauch von Dampf- und Douche-Bädern einen die Gesundheit fördernden Akt begehe und dass man durch diese Manipulationen nie Schaden stiften könne. Denn einerseits lehre die Erfahrung, dass Millionen von Menschen, die sich niemals baden und so gut wie nie waschen, sich bis in ihr hohes Alter einer vorzüglichen Gesundheit erfreuen; andererseits fehle der statistische Nachweis dafür, dass der häufige Gebrauch der verschiedenartigen Bäder vor Krankheiten schütze, oder dass der Körper durch kalte Waschungen und Abreibungen gegen verschiedene Affektionen, zumal die sogenannten Erkältungskrankheiten, resistenter gemacht werde. Während so die prophylaktische Wichtigkeit jener Verfahren durch nichts erwiesen sei, zeige die tägliche Erfahrung ihre, bei öfterer oder anhaltender Anwendung, schädliche Einwirkung auf die Haut. Bei Individuen, welche durch ihren Beruf zum häufigen Manipuliren in Wasser genöthigt sind (Wäscherinnen, Badediener u. dgl.) findet man sehr oft Ekzem der Hände, Vorder- und Oberarme. Bei energischer Wasserbehandlung (Abreibungen, Einpackungen, Douchen, Kombination des Dampfbades mit der Anwendung von Bürsten, Ruthen und der Massirung, oder mit der Strahldouche) kommt es früher oder später zu bleibender Röthe, zu Hautjucken, zur Bildung von Knötchen, Beulen, Furunkeln, die sich zu Pusteln und Abszessen umgestalten. Durch den anhaltenden Gebrauch nasser Leibbinden wird fast ausnahmelos das auf Pilzbildung beruhende Eczema marginatum hervorgerufen, welches durch Hautjucken und grosse Hartnäckigkeit eine Quelle vieler Beschwerden wird. Noch viel schädlicher wird die irritirende Einwirkung des Wassers sich da zeigen, wo die Haut entweder schon krank oder doch zu Erkrankungen disponirt ist. Diese reizende Einwirkung des Wassers beruht aber nicht auf seiner Temperatur; Umschläge, Einpackungen oder Bäder mit kaltem oder warmem Wasser differiren in dieser Hinsicht nicht. Das schädliche Moment ist vielmehr die Maceration der Epidermis und die dadurch ermöglichte Irritation der Kutis. Demnach ist der Gebrauch des Wassers in Form von Waschungen, Umschlägen, Einpackungen oder Bädern überall da kontraindizirt, woselbst andauernde Röthung, Efflorescenzbildung und Jucken darnach auftritt; ferner bei allen mit akuter Schwellung und seröser Infiltration verbundenen Hautkrankheiten; endlich in den Fällen, in welchen die Hornschichte der Epidermis durch Krankheit oder durch therapeutische Eingriffe zerstört ist und die unteren Epidermislagen zu Tage treten (z. B. nach längerer Anwendung von Schmierseife oder seifehaltigen Salben, nach dem äusserlichen Gebrauche reizender Substanzen, wie Schwefel, Quecksilber, Jod, Arsenik). Indizirt ist dagegen die Anwendung des Wassers bei jenen Hautkrankheiten, bei welchen dessen macerirende oder irritirende Wirkung erwünscht ist: also in den Fällen, in welchen aufgelagerte Epidermismassen erweicht und entfernt werden sollen (Psoriasis, Lichen, Ichthyosis, Pityriasis rubra), oder wenn man bei trockener hypertrophischer Epidermis und Verdickung der Kutis gleichzeitig erstere erweichen und letztere reizen will (so bei alten Ekzemen, Prurigo etc.); ferner wenn Entzündungsprodukte, nekrotisirte Gewebstheile und Aehnliches eliminirt werden sollen; endlich wenn der Luftzutritt zu einer erkrankten Hautpartie abgehalten und die Ueberhäutung begünstigt werden soll (bei Pemphigus und ausgedehnten Brandwunden). — Was endlich die Dauer der Bäder anlangt, so hat man sich bei kalten Bädern lediglich nach der subjektiven Empfindung des Badenden und nach dem Einflusse zu richten, den das kalte Wasser auf die Haut und den übrigen Organismus ausübt. Warme Bäder bei Hautkrankheiten müssen stets von langer Dauer sein, niemals unter einer Stunde; sie können unter Umständen (bei ausgedehnten Verbrennungen) Monate lang ununterbrochen Tag und Nacht fortgesetzt werden und zwar, wie sich Verf. überzeugte, selbst während der Menstruation bei Epileptikern, trotz eingetretener Pleuropneumonie u. dgl. — — Zu diesem Aufsatze Hebra's bemerkt Dr. Perl: „Trotz der wichtigen Belehrungen, die uns obiger Aufsatz des berühmten Dermatologen über die lokalen Einwirkungen des Wassers auf die Haut bringt, würden wir es doch für bedenklich halten, wenn seine Anschauungen über die Nutzlosigkeit selbst der einfachen Waschungen und Reinigungsbäder in ärztlichen Kreisen sich Eingang verschafften. Wenn Millionen von Menschen, die jede Reinigung ihrer Körperoberfläche durch Bäder und Waschungen sorgfältig vermeiden, bei guter Gesundheit ein hohes Alter erreichen, so ist dieses Faktum ebensowenig beweisend wie die Thatsache, dass viele Menschen, welche eklatanten antihygienischen Verhältnissen (wie schlechter Wohnung, mangelhafter Ernährung) ausgesetzt sind, unter Umständen ebenfalls

nicht erkranken und selbst alt werden können. Für den Einfluss kalter Waschungen und Bäder auf die Verhütung von Erkältungskrankheiten einen statistischen Nachweis verlangen, heisst zu viel und vielleicht Unmögliches fordern; wir können gegen den Autor dessen eigene, an einer anderen Stelle des Aufsatzes stehenden Worte anführen, woselbst er, von den Erkrankungen sprechend, die manche Menschen sich angeblich nach blosser Befeuchtung der Füsse zuziehen, sagt: „dass diese Angabe nicht jedes Mal sich auf ein nachweisbares Faktum zurückführen lässt, sondern dass auch hier, wie so häufig in der Medizin, das nicht bewiesene post hoc, ergo propter hoc als muthmassliches ätiologisches Moment aufgefasst werden muss"". —

Zahlreiche Blutuntersuchungen bei Anämischen haben dem Dr. G. Hayem Folgendes ergeben: Bei Gesunden kommen auf einen Kubikmillimeter Kapillarblut, aus einem Finger entzogen, 5.500.000 Blutkörperchen; bei mässigen Graden von Bleichsucht beinahe eben so viel, doch sind sie hier in ihrer Grösse verändert und enthalten weniger Hämoglobin. Unter einer zweckmässigen Eisenbehandlung bleibt die Zahl der rothen Körperchen unverändert oder nimmt selbst etwas ab, aber sie bekommen ihre normale Grösse und stärkere Färbekraft. Bei höheren Graden der Krankheit sinkt die Menge der Blutkörperchen sehr beträchtlich, selbst bis unter die Hälfte; unter dem Gebrauche des Eisens sieht man dann aber neue abnorm kleine und blasse Körperchen erscheinen und dann macht das Blut dieselben Aenderungen durch, wie in den mässigeren Fällen. Um eine dauernde Heilung zu erzielen, soll man das Eisen lange Zeit fortreichen, wodurch die Blutkörperchen zwar nicht normal an Zahl, aber reicher an Hämoglobin als normal werden und bleiben. — In schweren und unheilbaren Fällen von Anämie enthält das Blut abnorm grosse rothe Körperchen, deren Grösse mit dem Fortschreiten der Anämie zunimmt, so dass trotz der Anwesenheit einer Anzahl sehr kleiner Elemente doch der mittlere Umfang der rothen Körperchen weniger hinter dem normalen zurückbleibt als bei jenen weniger hohen Graden von Anämie. Dann nimmt die Zahl von Tag zu Tag ab, ohne dass der Gang der Krankheit durch das Eisen aufgehalten werden kann. Nur einzelne Körperchen nehmen unter seinem Gebrauche an Umfang und Hämoglobin bis über die Norm zu. So war in dem schwersten von Hayem beobachteten Falle die Zahl der Blutkörperchen in einem Kubikmillimeter nur 414.062, aber durch die Behandlung mit Eisen war deren Färbekraft gleich der von 555.000 normalen, so dass die jedes einzelnen 1.34 betrug. (Compt. rend., LXXXIII, S. 985.) —

Die Frage, welche Stoffe von der Placenta materna in die Placenta foetalis und von da in den Kreislauf des Fötus gelangen können, ist bisher nur höchst ungenügend beantwortet worden. Dass Salicylsäure auf diese Weise schnell in den Fötalkreislauf gelangt, wies Benicke nach. Dass dagegen Chloroform und Morphium nicht in die kindliche Cirkulation überzugehen scheint, wurde bisher nur an der Hand der Praxis dargethan, bis Zweifel die Möglichkeit für das Chloroform annahm; doch sind dessen Untersuchungen nicht beweisend genug, weil das Blut des Fötus nicht zur Destillation auf Chloroform verarbeitet wurde. — Dr. H. Fehling theilt nun im „Archiv für Gynäkologie" (X. 2 p. 313 ff.) drei hierher gehörige Vivisektionen mit; in zwei Fällen wurden die trächtigen Thiere durch Injektionen einer zehnprozentigen Kurarelösung völlig regungslos gemacht und nur durch künstliche Athmung erhalten; trotzdem zeigten sich die Jungen in utero sehr lebhaft. Im dritten Falle wurde das hochträchtige Thier chloroformirt, bis die spontane Athmung aufhörte und es nur durch die künstliche erhalten wurde. Die Jungen bewegten sich und machten spontane Athembewegungen. In diesen drei Fällen ging also Kurare und Chloroform nicht in schädlichen Mengen in die Cirkulation des Fötus über. Dasselbe galt bisher auch für das Morphium, denn die Todesfälle, welche nach zahlreichen Geburten, bei denen Morphium angewendet worden war, zuweilen eintraten, konnten stets durch anderweitige Ursachen genügend erklärt werden. Auch erfolgte der Tod in Fällen, in welchen weder Morphium noch Chloroform gegeben worden war. Dagegen sah Kormann gerade in Fällen, in welchen hohe Dosen Morphium und Chloroform zur Anwendung gekommen waren, lebende Kinder geboren werden, welche zum Theile jetzt noch leben. Trotzdem glaubt Fehling, dass doch vielleicht in einzelnen Fällen intrauterine Morphiumintoxikation die Todesursache abgegeben habe, da er in drei

Fällen von nicht zu schweren Geburten bei den todtgeborenen Kindern auffallenden Blutreichthum des Gehirnes, stellenweise mit Blutergüssen, nachweisen konnte. — Es muss also noch weiter untersucht werden, welcher Art die Stoffe sind, welche durch die beide Placenten trennende Epiteldecke treten, und wie gross die Menge dieser Stoffe im mütterlichen Blute sein muss, wenn für das Kind eine nachtheilige Wirkung entstehen soll. —

In drei Fällen von Nabelbrüchen bei Kindern, in welchen die Behandlung mit Bandagen theils erfolglos, theils schwer durchführbar war, machte Dr. A. Luton in der nächsten Umgebung des Nabelringes subkutane Einspritzungen mit kalt gesättigten und filtrirten Lösungen von Seesalz und von Kochsalz, immer 5—10 Tropfen auf ein Mal an zwei oder vier Stellen. In allen drei Fällen zog sich der Nabelring nach einmaliger Einspritzung innerhalb weniger Wochen so zusammen, dass die Hernie nicht wieder entstand. In einem Falle bildeten sich an den Injektionsstellen Abszesse, in den zwei anderen jedoch nur kleine Indurationen. — Bei einer angeborenen Leistenhernie wurde nur eine Einspritzung von wenigen Tropfen gemacht, ohne Erfolg; Verf. meint, durch mehrere Injektionen den Leistenkanal entlang würde ein Erfolg zu erzielen sein. — Bei einem Individuum von 22 Jahren bestanden Varikositäten der Vena saphena mit beträchtlichen Beschwerden. An zwei Stellen sassen nussgrosse Venenkonvolute, in deren nächster Nachbarschaft je fünf Tropfen einer Höllensteinlösung (von 1:5) subkutan injizirt wurden. Gleichzeitig wurde die V. saphena centralwärts von den Injektionsstellen komprimirt. An beiden Stellen entstand Zellgewebsnekrose, Thrombose und Verödung der Krampfaderknoten; der Kranke wurde vollkommen arbeitsfähig. Luton ist, wohl etwas vorschnell, geneigt, auf Grundlage dieser einen Beobachtung den gemachten Eingriff für ungefährlich zu halten. — Bei einem Individuum von 17 Jahren war der linke Unterschenkel durch Elephantiasis nicht unbeträchtlich verdickt. Es wurden wiederholt an verschiedenen Stellen des erkrankten Beines Einspritzungen mit einer kalt gesättigten Seesalzlösung gemacht. In fünf Monaten wurden die Dimensionen und die Form des kranken Beines sowie die Funktion desselben fast normal, doch als der Kranke wieder seiner gewohnten Beschäftigung nachging, begann der Umfang des Beines bald wieder zuzunehmen. (Le Mouvement médical, 1876, Nr. 47 u. 48.)

In Billroth's Klinik wurde folgender Fall beobachtet: Ein Mädchen von 25 Jahren hatte vor drei Jahren in der Gegend des linken Rippenbogens und des Brustbeines periostitische Abszesse gehabt, welche endlich unter Bildung einer dünnen Narbe ausheilten. Durch Berstung dieser Narbe bei einer Anstrengung bildete sich eine kleine Magenfistel, welche spontan heilte; später barst die Narbe neuerdings und es entstand am linken Rippenbogen, 14 Ctm. von der Mittellinie entfernt, eine Lippenfistel von kreisrunder Form und 3 Ctm. Durchmesser, welche in den Magen führte. Es wurde der Fistelrand angefrischt und neben der Fistel ein brückenförmiger Lappen gebildet. Nach einigen Tagen wurde die eine Ernährungsbrücke dieses Lappens allmählig abgeschnürt und endlich der üppig granulirende, jetzt einfach gestielte Lappen über die Fistel gelegt und dort durch Nähte fixirt. Es erfolgte vollständige Heilung. Diese Operationsmethode wurde gewählt, weil üppiges Granulationsgewebe gegen die Wirkung des Magensaftes widerstandsfähiger ist als eine frische Wunde. Durch sechs Monate blieb die Patientin geheilt, dann entstand an derselben Stelle wieder eine Fistel, welche bald die gleiche Grösse erreichte wie die frühere, so dass der jetzige Zustand der Patientin vollkommen dem vor der Operation gleicht. — Dr. A. Wölfler, welcher diesen Fall mittheilt, gibt eine Uebersicht über die einschlägige Literatur; er fand im Ganzen 58 Fälle von Magenbauchwand-Fisteln beschrieben; 11 davon endeten letal, 27 blieben ungeheilt, 14 genasen spontan, 4 wurden durch Operation geheilt. (Wiener medic. Wochenschrift, 1877, 3. März.) —

Nitsche empfiehlt folgende Behandlung bei Verbrennungen: Die ganze verbrannte Fläche wird dick und wiederholt mit Leinölfirniss, in welchem Salicylsäure im Verhältnisse von 1:10 gelöst ist, bestrichen, darüber Bruns'sche Watte in dicken Lagen aufgelegt und mit Kalikobinden befestigt. Die verbrannte Stelle wird vorher nicht gewaschen und nur von den grössten Unreinigkeiten und Epidermisfetzen befreit. Die Eiterung wird gänzlich vermieden. (Arch. f. Dermat. u. Syph., 1876, 3. Heft.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 14. *Erlangen*, am 7. April 1877.

Wöchentlich 1½ Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Sehpurpur und Optographie. Zur Aetiologie und operativen Behandlung der Bauch-Empyeme. Resultate aus Untersuchungen über thierische Wärme, deren Wirkung und Einfluss auf das Fieber. Giftige Eigenschaften des Glyzerin. Ueber die Tubentonsille. Fälle von umschriebenen syphilitischen Nervenaffektionen. Zur unblutigen Heilung von Fisteln.

In der allerjüngsten Zeit sind von verschiedenen Autoren Mittheilungen über den sogenannten Sehpurpur und die durch dessen Entdeckung ermöglichte „Optographie“ veröffentlicht worden, deren wesentlicher Inhalt in Kürze folgender ist: Mit dem Namen „Sehpurpur“ bezeichnet man das Ergebniss der vom Prof. Franz Boll zu Rom entdeckten und am 12. Nov. v. Js. in der k. Akademie der Wissenschaften zu Berlin verlesenen Thatsache, dass die Retina aller Geschöpfe nach dem Aufenthalte im Dunklen purpurfarben, nach längerem Verweilen der Thiere in hinreichend intensivem Tageslichte aber farblos sei. Ja dieses Erblassen des Netzhaut-Purpurs unter dem Einflusse des Sonnenlichtes geht so rasch vor sich, dass es erklärlich wird, wie geradezu alle bisherigen Beobachter die Netzhaut nur weiss gesehen haben. Bezüglich dieser Entdeckung schreibt zunächst Prof. W. Kühne dem „Centralblatte f. d. medic. Wissenschaften“ v. 17. März 1877, „dass die seit Boll's Mittheilungen im Augenblicke besonders beobachtete rothe Färbung der Stäbchen der Netzhaut schon 1857 von Leydig bei Rana und Pelobates gesehen, 1866 von Max Schultze für Rana bestätigt und für die Retina der Ratte und der Eule beschrieben ist. Ausserdem finden sich in den 1860 von E. Rose über den Santonrausch veröffentlichten Arbeiten Andeutungen, welche auf den Sehpurpur zu beziehen sind. Die von Krohn 1839 im Cephalopodenauge entdeckte, 1865 von Hensen, ein Jahr später von Max Schultze bestätigte, endlich von dem letzteren grössten Kenner der Netzhaut in den Sehstäben der Anthropoden und Insekten beschriebene Rosafärbung ist demnach schon seit 20 Jahren auch im Auge der Wirbelthiere bekannt gewesen, ohne allgemeinere Beachtung gefunden zu haben. Ich habe die rothe Färbung der Stäbchen-Aussenglieder nur bei der Fledermaus und bei Vögeln (Taube, Huhn) vermisst und dieselbe sehr schwach gefunden an den mächtigen konischen Gebilden von Triton cristatus, die einen Uebergang zu den Zapfen zu vermitteln scheinen. Nirgends sah ich die Aussenglieder der Zapfen gefärbt, und die Retina der Schlange, die nur sehr dicke Zapfen ohne Pigmentkugeln enthält, fand ich völlig farblos. Bei Petromyzon, bei Cobitis fossilis und besonders beim Aal sah ich die Stäbchen deutlich roth gefärbt. Rinds-Embryonen, deren Netzhäute schon erkennbare Aussenglieder enthielten, zeigten diese stets purpurfarben. Ueberall verschwand der Purpur im Lichte. — Die rothe Färbung der Stäbchen rührt von einer ihnen eigenthümlichen Substanz her, welche man in Lösung und in fester Form gewinnen kann. Das einzige mir bis jetzt bekannte Lösungsmittel des Sehpurpurs ist die Galle oder ein gereinigtes Cholat, worin frische Stäbchen sehr plötzlich zergehen. Die filtrirte klare Lösung des Sehpurpurs ist prächtig karminroth, wird im Lichte schnell chamois und zuletzt farblos. So lange darin Roth zu erkennen ist, absor-

birt sie alles Licht des Spektrums vom Gelbgrün bis zum Violett, während sie anscheinend noch wenig Violett, sicher alles Gelb, Orange und Roth durchlässt. Dem entsprechend sehen im objektiven Spektrum ausgebreitete, blutfreie Netzhäute vom Gelbgrün bis zum Violett grau bis schwarz aus. Nach dem Ausbleichen bis zum Chamois nimmt die Absorption im gelbgrünen Lichte ab, im violetten zu. — Im objektiven von der unbedeckten Sonne zwischen 11 und 1 Uhr mittelst eines Spaltes von 0.3 Mm. Weite, durch ein Flintglasprisma erhaltenen Spektrum, welches die Fraunhofer'schen Linien in grosser Zahl und Schärfe zeigte, blichen die Netzhäute nach 15 Minuten vollständig aus bei Gelbgrün bis zum Anfange des reinen Grün, viel schwächer im Blaugrün, Blau, Indigo und Violett, eben bemerklich im Gelb und Orange, gar nicht im Roth und Ultraviolett. Nach einer Stunde weiterer ungestörter Belichtung war die Entfärbung im Grün und Blaugrün ganz, im Blau fast vollendet, im Indigo und Violett weit vorgeschritten, im Ende des Violett und im Anfange des Ultraviolett deutlich, im Gelb und Orange kaum vermehrt, im Roth gar nicht zu bemerken. Bei sehr langer, oft wiederholter Exposition scheint jedoch auch das spektrale Roth den Sehpurpur zu ändern. Natronlicht von grösster Intensität bleicht eine Frosch-Retina in zwei Stunden vollständig aus. — Hinsichtlich der Regeneration des Sehpurpurs habe ich zu berichten, dass dieselbe innerhalb einer Stunde im exstirpirten und in's Dunkle gebrachten Auge von Fröschen vollendet ist, welche durch längeren Aufenthalt im Leben unter freiem Himmel im vollen Tageslichte allen Sehpurpurs beraubt waren. Dass das Retina-Epitel allein genügt, um den Sehpurpur relativ haltbar gegen Licht zu machen, zeigte das sehr langsame Ausbleichen von Froschnetzhäuten, die durch alle Stäbchen Licht durchliessen, aber zufällig ihre ganze Epiteldecke beim Herausnehmen behalten hatten". — Das Centralblatt f. d. med. Wissenschaften v. 17. Febr. d. J. bringt fernerhin „ophthalmoskopische Mittheilungen über den Purpur der Retina" von Dr. Helfreich, Privatdozenten zu Würzburg. Derselbe unternahm es, einige Erscheinungen bezüglich des ophthalmoskopischen Bildes des Augenhintergrundes einer experimentellen Prüfung zu unterstellen, welche innerhalb der Gränzen unserer bisherigen Kenntnisse eine, wie ihm schien, nicht befriedigende Erklärung gefunden hatten. Veranlasst wurde er dazu durch den Umstand, dass er bei der einfachen Betrachtung des Fundus bulbi eines eben getödteten Frosches den Purpur der Netzhaut, obwohl letztere der Pigmentschichte glatt anlag, wahrnehmen konnte. Es schien ihm damit erwiesen, dass der Purpur auch ophthalmoskopisch erkannt werden müsse und dass gerade er es sein dürfte, der die ausserordentlich lebhafte und gleichmässige Färbung bedinge, in welcher beim Normalauge die Hintergrundfläche in der Regel erscheint. „Zunächst darf behauptet werden, dass der allgemeine Eindruck, welchen das Augenspiegelbild hervorruft, der eben gemachten Aufstellung in keiner Weise widerspricht. Scheint es doch bei genauerer Betrachtung im aufrechten Bilde, ob das hellere oder dunklere Orange, das Braunroth etc., welches auf der beleuchteten Fläche erscheint, in einer Ebene gewissermassen verschwimme, die dem Auge des Untersuchers näher liegt als die dunkle und schwarze Pigmentschicht". Helfreich stellte nun, um dies zu beweisen, zwei Versuche an Kaninchen an, bei welchen er in der Weise vorging, dass er die Thiere nach vorheriger Feststellung ihrer ophthalmoskopischen Hintergrundfarbe durch Durchschneidung der Halsmarkes tödtete und nun bei beiden das eine Auge, um den Netzhautpurpur rasch zu zerstören, intensiv beleuchtete, während er das andere eben nur so viel Licht einfallen liess, als es die wiederholt auszuführende Augenspiegel-Untersuchung erforderte. Nach 8 resp. 14 Minuten zeigte sich bereits ein ausserordentlich auffallender Unterschied der Färbung des Fundus und des Pupillenfeldes beider Augen. Der belichtete Bulbus zeigte einen ganz entfärbten und dunkelgrauen Hintergrund, während der des anderen rosig und lichtkräftig erschien. Die Differenz wurde noch längere Zeit hindurch wiederholt konstatirt; nach der Enukleation zeigte sich die beleuchtete Retina vollkommen gebleicht, die andere schön roth gefärbt. Zur Wiederholung solcher Versuche dürfte sich vor Allem die Anwendung der Tagesbeleuchtung eignen, die den Kontrast noch früher hervorrufen muss. — Weiter gehört hierher eine kurze Mittheilung des Dr. Ernst Fuchs, Assistenten der Augenklinik des Prof. Arlt zu Wien in der Wiener mediz. Wochenschrift, 187[illegible] Nr. 10: „zur Farbe der Netzhaut". Derselbe beobachtete die bisher nur an Thieren gesehene rothe Farbe der Retina an einem

todtgeborenen reifen Kinde, welches — etwa 2 Stunden vor der Geburt abgestorben — mit der Zange extrahirt und unmittelbar darauf in ein Tuch gehüllt und in die Dunkelkammer gebracht wurde, so dass kein Licht in seine Augen fiel. Die bei Natronlicht herausgenommene Netzhaut erschien am Tageslichte schön rosa. Den gleichen Befund lieferte ihm ein zweites todtgeborenes Kind. Auch theilt er mit, dass Prof. Schenk das Auge des kürzlich hingerichteten Muttermörders Hackler drei Stunden nach Eintritt des Todes untersucht und an der Retina die rothe Farbe und deren allmähliges Verschwinden beobachten konnte. — Diesen Beobachtungen über den Sehpurpur schliessen sich drei Mittheilungen von Prof. W. Kühne zu Heidelberg über optographische Versuche im Centralblatte f. d. med. Wissenschaften, 1877, Nr. 3, 4 und 11 an. Nachdem es demselben gelungen war, die Lichtempfindlichkeit und deren Erneuerung in der Netzhaut des herausgeschnittenen Auges nachzuweisen, konnte er nicht mehr zweifeln, dass die Erhaltung des bekannten Bildchens äusserer Objekte, welches der dioptrische Apparat des Auges auf dessen Hintergrund entwirft, glücken werde. Da das normale Sehen nur möglich ist, wenn steter Ausgleich zwischen dem Bleichen des Sehpurpurs in den Stäbchen und der purpurogenen Thätigkeit des Retinaepitels besteht, so wird man überdauernde Optogramme da erwarten dürfen, wo jener Ausgleich gestört ist, also entweder nach so langer oder so intensiver Belichtung, dass das weiter funktionirende Epitel die Stäbchen nicht genügend wieder zu röthen vermag, oder unter Umständen, wo das Epitel nichts mehr leistet. „Im Säugethierauge erlischt die purpurogene Funktion des Epitels wenige Minuten nach dem Tode; ich hatte daher erwartet, auf der herrlich roth sichtbaren Netzhaut gesunder Kaninchen — Albinos — das so leicht erkennbare und ziemlich scharf einzustellende Bild heller Objekte im exstirpirten Bulbus wieder zu finden. Statt scharfer Bilder ergaben sich jedoch ausgebleichte Flecken und durfte der Grund für dieses theilweise Misslingen der Versuche mit dem todten Auge nicht gerade einfach sein; doch scheint das grösste Hinderniss in der Trübung der absterbenden Säugernetzhaut zu liegen, welche das Durchschimmern eines guten Bildes zwar nicht hindert, aber die chemisch wirksamen Strahlen doch so beeinflusst, dass die Belichtung von vorne erheblich schwächer wirkt, wie das auch im eröffneten Auge zu konstatiren ist. — Je geringer die Aussicht schien, am lebenden Thiere etwas zu erreichen, um so willkommener war das hier noch erhöhtes Interesse bietende, unerwartet vollkommene Resultat, welches die Versuche sofort ergaben". Nach mehreren umständlicheren Versuchen versuchte nämlich Kühne die einfachste Methode der Optographie, indem er den eben abgeschlagenen Kopf eines im Dunkeln gehaltenen farbigen Kaninchens, ohne alle Vorrichtungen, 10 Minuten mit einem Auge aufwärts, mitten unter eines der grossen Oberlichter (deren Rahmenkreuzung durch angenagelte Bretter passend verstärkt worden war) des übrigens noch von Seitenlicht aus zwei Richtungen überreichlich erhellten Laboratoriums legte, ihn umdrehte und darauf das andere Auge ebenso exponirte. Nach 24stündigem Liegen in 5prozentiger Alaunlösung fanden sich in beiden Augen die vortrefflichsten Bilder auf der Rückseite der Retina; man erkannte in voller Schärfe die Umrahmung der Lichtöffnung und die über die Scheiben gelegten Bretter als schön rothe Streifen, und in einiger Entfernung davon sogar das zweite Oberlicht des Raumes, auf dessen Bild man gar nicht gerechnet hatte. Die mikroskopische Untersuchung der weissen Stellen in den Bildern ergab vollständige Erhaltung des dichten Rasens der Aussenglieder der Stäbchen. „Wie man sieht, ist der optographische Versuch ein so einfacher, dass er zur Demonstration empfohlen werden kann". — Unter dem 5. März d. J. schreibt Kühne schliesslich noch Folgendes (im Centralbatt Nr. 11): „Unterdessen sind mir zahlreiche neue Aufnahmen sehr verschiedenartiger Objekte geglückt. Die Sehweite im Kopfe gelassener oder exstirpirter Kaninchenaugen beträgt 19—27 Ctm. In dieser Entfernung über das in einem weiten schwarzen Kasten befindliche Auge gelegte matte Glastafeln, auf welche man die verschiedensten, in schwarzem Papier ausgeschnittenen Objekte brachte, gaben diesen entsprechende, zum Theile sehr scharfe Optogramme. Da die rothen Netzhäute auf Porzellan getrocknet, im Dunklen haltbar sind, konnte ich eine ganze Sammlung solcher Bilder dem Heidelberger naturhistorisch-medizinischen Vereine vorlegen. Seitdem (21. Febr.) wurde zufällig beobachtet, dass die länger trocken gehaltenen und gelegentlich im Lichte kurz besichtigten Netzhäute mehr orangeroth und in diesem Zustande selbst gegen stundenlange direkte Sonnenbe-

lichtung unempfindlich geworden waren. Das Fixiren der Optogramme erheischt also nur Geduld. In frischen Ochsenaugen erhielt ich bis zu einer Stunde nach dem Tode vortreffliche Optogramme, die unter gleichen Umständen drei Mal grösser waren als die des Kaninchenauges. Hier gelingt es, die Bilder ohne Anwendung von Alaun sofort an der unter schwacher Chlornatrium-Lösung isolirten Netzhaut zu beobachten. Endlich habe ich Optogramme auch in der überlebenden Netzhaut des Frosches beobachtet. Um dies zu erreichen, braucht man nur einen mit Kurare vergifteten Frosch, nach Entfernung der Nickhaut, zwei Stunden mit einem Auge gegen eine etwa 40 Ctm. entfernte Argand'sche Gasflamme gerichtet zu legen und die Netzhaut schnell und glatt auf einem Deckgläschen auszubreiten. Man sieht dann bei mässiger Vergrösserung das Bild der Flamme als farblosen, charakteristisch scharf berandeten Fleck in den Grund der übrigen noch rothen Stäbchenmosaik gezeichnet". —

Im deutschen Archiv f. klin. Medizin, XVII, 1, bespricht Dr. F. F. Kaiser mit Bezug auf nachstehenden in der Freiburger Klinik zur Beobachtung gekommenen Fall die Aetiologie und operative Behandlung der Bauch-Empyeme. Eine Frau von 24 Jahren erkrankte drei Monate nach einem normalen Wochenbette und ungefähr drei Wochen nach Wiedereintritt der Menstruation, wahrscheinlich in Folge eines retroperitonäalen Entzündungsherdes, an einer heftigen diffusen Peritonitis, die schnell zur Entwicklung eines massenhaften Exsudates und starkem Meteorismus, bei gleichzeitigem Auftreten von Albumin und Cylindern im Harne, führte. Hektisches Fieber stellte sich ein; am 6. Mai (24. Tag der Erkrankung) war deutliche Fluktuation über den ganzen sehr stark ausgedehnten Bauch zu fühlen, dessen Seiten- und Vorderfläche bis zum Nabel hinauf ganz leeren Schall gaben. Ein Anfall von Orthopnoe am 10. Mai zwang zur Punktion mit dem Adspirator in der Linea alba 3 Ctm. unter dem Nabel, wodurch ein halber Liter gelben Eiters entleert wurde. Nach Wiederholung der Punktion am nächsten Morgen erfolgte allmähliges Sinken der Temperatur bis zur Norm. Die unmittelbar nach der Punktion eingetretene Erleichterung dauerte nicht lange an, da das nicht ganz zu entfernende Exsudat schnell wieder wuchs und die Fluktuation selbst bis in's Epigastrium fühlbar wurde. Denselbe vorübergehenden Nutzen brachten vier weitere Punktionen, von welchen die letzte am 14. Juni stattfand, obschon in einer Sitzung bis zu 3200 Cc. Eiter entleert wurden. Am 29. Juni (59. Tag der Erkrankung) zeigt sich endlich bei Oedem der unteren Extremitäten an dem stark ausgedehnten Leibe der bis zum Skelete abgemagerten Kranken am unteren Rande des Nabels eine stark vorgewölbte Stelle. Am 6. Juli, wo der leere Schall am Bauche zwischen beiden Mamillarlinien und handbreit darüber hinaus sich erstreckte und von der Symphyse bis handbreit über den Nabel reichte, während lauter tympanitischer Schall die Rückwand und die Seitenwände einnahm, wurde jene vorgewölbte Stelle mit dem Bistouri geöffnet und ein grosse Menge geruchlosen Eiters entleert. Die täglich abfliessende Eitermenge verringert sich bald erheblich; bei einer durch Zersetzung des Eiters bedingten nur kurz andauernden Temperatursteigerung erschien die seit dem Beginne des hektischen Stadiums ausgebliebene Albuminurie vorübergehend wieder. Trotzdem sank der Bauch soweit zusammen, dass die intensivste Dämpfung um den Nabel 20 Tage nach der Inzision nur noch handtellergross und sonst überall lauter tympanitischer Schall vorhanden war. Vom 27. Aug. an ward die Abszesshöhle mit Jodkaliumlösung ausgewaschen und am 17. September die zum Offenhalten der Fistel angewendete Charpiewicke weggelassen. Der Schluss der Fistel erfolgte bald und definitiv, eine vorübergehende Temperatursteigerung, wiederum von Albuminurie begleitet, ging aber vorher. Etwa 9 Monate nach Beginn der Erkrankung wurde die Patientin vollkommen geheilt entlassen. — Anknüpfend an diesen Fall weist Kaiser auf Grund einer Zusammenstellung der betreffenden Fälle aus der Literatur nach, dass der bei weitem günstigste Verlauf des Bauchempyemes die Entleerung desselben nach der äusseren Körperfläche ist. Die Aufgabe der Therapie ist es demnach, diesen Ausgang herbeizuführen und, statt die spätere Perforation abzuwarten, das Empyem künstlich nach aussen zu entleeren, was um so mehr geboten erscheint, als die Perforation in ein Hohlorgan stets von nicht unbeträchtlicher Gefahr gefolgt ist. Von 17 speziellen angeführten Fällen, in welchen das Empyem künstlich entleert wurde, verliefen nur zwei tödtlich, der eine acht, der andere vier Wochen nach der Operation, ersterer durch Tuberku-

lose, letzterer in Folge mehrfacher, bereits zur Zeit der Operation vorhandener, Perforation des Kolon. Verf. bezeichnet als Bauchempyeme die abgesackten eiterigen Peritonäalexsudate, welche in einigen der erwähnten Fälle einen eben so kolossalen Umfang wie in der oben mitgetheilten Beobachtung erreichten. Um das Exsudat einer frischen Peritonitis handelte es sich nur in einem einzigen Falle, in welchem Piorry einige Zeit nach dem Entstehen einer Darmperforation die zu Stande gekommene Ansammlung von Gas und jauchiger Flüssigkeit mit Trokar und Drainage nach aussen entleerte und so dem Kranken vier Wochen das Leben verlängerte. — Die chirurgische Behandlung derartiger Eiteransammlungen unterscheidet sich in nichts von der anderer Abszesse. Man wird sie da eröffnen, wo sie dem Messer am leichtesten zugänglich sind. Den lokalen Verhältnissen entsprechend wird dies am häufigsten an der vorderen Bauchwand und im hinteren Scheidengewölbe der Fall sein, da anderswo im Bauchraume zwischen den Darmschlingen, in der Tiefe der Peritonäaltaschen verborgen gelegene Abszesse kaum der Diagnose zugänglich sein dürften. Freier Abfluss des Abszessinhaltes, wie er durch breite Incision, Drainage und eventuell durch Gegenöffnung gesichert wird, sowie Vermeidung jeder Zersetzung desselben werden hier eben so schnell zur definitiven Heilung führen wie an anderen Orten, woselbst die Entleerung mit dem Trokar auch nur vorübergehende Erfolge erzielt und ausnahmelos zu Wiederansammlung des Eiters führt. Die eiterige Beschaffenheit des peritonäalen Exsudates hat man dann anzunehmen, wenn nach Ablauf des akuten Stadiums der Peritonitis hektisches Fieber auftritt, wenn die Deutlichkeit der Fluktuation und die Menge des Exsudates stationär bleibt oder zunimmt, oder die Gränze der Dämpfung bei aufrechtem Stehen steigt und Veränderung ihres Niveaus entsprechend der jeweiligen Lage des Kranken zu konstatiren ist. Gewissheit wird aber immer erst die Exploralivpunktion oder die dem spontanen Durchbruche vorangehende circumscripte Vorwölbung der Bauchwand, wie sie meist am Nabel auftritt, bringen. — Als Indikationen für die künstliche Entleerung stellt Kaiser die bereits von Marten erwähnten auf, nämlich drohende Erstickungsgefahr durch kolossale Ausdehnung des Bauches, drohender Durchbruch des Abszesses oder zögernde Resorption des Exsudates nach Ablauf des akuten Stadiums der Peritonitis. Die beiden ersten Indikationen sind bisher ausschliesslich die massgebenden gewesen, doch ist nicht minder die dritte der allgemeinen Beachtung zu empfehlen. Der rein chirurgischen Behandlung der in Rede stehenden Bauchabszesse dürften nicht die mindesten Bedenken entgegenstehen. Die die Eitermassen abkapselnden Peritonäalflächen haben den Charakter der Serosa vollkommen eingebüsst, sie verhalten sich lediglich wie die Wandung gewöhnlicher Abszesse an anderen Orten. Sieht man nun sonst Abszesse bei rein chirurgischer Behandlung schnell zur Heilung gelangen, warum sollte man hier anders verfahren und bei allen den bisher üblichen allzu ängstlichen Encheiresen stehen bleiben, die nur dazu dienen, Kräftezustand und Leben des Kranken in Frage zu stellen? Zudem erscheint die chirurgische Behandlung der Bauchempyeme bei weitem nicht so schwierig, wie man dieselbe oft hinstellen möchte, jedenfalls erheblich einfacher als die der Empyeme des Thorax. Die peristaltischen Bewegungen des Darmes dürften bei so vollständig abgesackten Herden als Hinderniss der Heilung der ungemeinen Nachgibigkeit der Bauchdecken gegenüber kaum in Betracht kommen, während bei Brustempyem die dem Willenseinflusse vollständig entzogenen Athembewegungen unaufhörlich gegen die Verkleinerung der Abszesshöhle ankämpfen und die Starrheit der Rippen dem Schlusse derselben so grosse Hindernisse entgegenstellt, dass dieser nicht selten erst nach Resektion der Rippen zu erreichen ist. Auch die Taschen und Falten des Bauchfelles, in denen der Eiter zurückgehalten werden könnte, kommen nur bei den Exsudaten im akuten Stadium der Peritonitis in Frage. Derartige Fälle liegen aber zunächst ganz ausserhalb des Bereiches der Betrachtung und Kaiser erwähnt in dieser Beziehung nur jenen bereits angeführten Fall von Piorry. Ueber die Erfolge der Operation zu jener Zeit, zu welcher eine Absackung des Exsudates sich noch nicht gebildet hat, scheinen bis jetzt weitere Erfahrungen zu fehlen, obschon in den Fällen von allgemeiner Peritonitis nach Perforation eines Eingeweides die möglichst frühzeitige Entleerung des vorhandenen Ergusses die meiste Aussicht auf einen günstigen Ausgang gewähren muss. Nicht die Furcht, dass durch Verwundung der einer akuten Entzündung verfallenen Serosa ein übler Ausgang der Peritonitis herbeigeführt werde, verbietet die frühzeitige Eröffnung der Bauchhöhle in solchen

Fällen, sondern der Umstand lässt die Operation aussichtslos erscheinen, dass sich überall in den Falten und Taschen des Peritonäum die Materia peccans bereits vor der Operation eingenistet hat und ihr nach derselben nur an der einen oder anderen im Verhältniss ausserordentlich beschränkten Stelle beizukommen ist. Wäre man in der Lage, jede der zahlreichen Nischen der Peritonäalhöhle in der Weise, wie bei der Ovariotomie den Douglas'schen Raum, zu drainiren und aus ihr jeden Entzündungsreiz zu entfernen, dann wären andere Erfolge zu erwarten; so aber wird man vorläufig noch den Grundsatz als massgebend hinstellen müssen, erst nach Ablauf des akuten Stadiums zur künstlichen Entleerung der peritonitischen Exsudate zu schreiten. —

Aus den klassischen Untersuchungen und Experimenten des berühmten Physiologen Claude Bernard über die thierische Wärme, deren Wirkung und Einfluss auf's Fieber (im Giornale internazionale, 1877, Nr. 1) heben wir folgende Schlussresultate hervor: Mittelst thermoelektrischer Sonden wurde nachgewiesen, dass das Arterienblut weniger warm als das der Venen, dass andererseits wieder das Blut der Vena cava inferior im Hinblicke auf die Wärmequellen in der Leber und in der Vena hepatica superior wärmer ist, als das der Vena cava superior. Da die obere Hohlvene mit ihren Zweigen ausserhalb des Bauches fliesst, so gleicht sie hierin den peripherischen oberflächlichen, minder warmes Blut enthaltenden Venen, und daher kommt es, dass das aus ihr in's Herz sich ergiessende Blut schliesslich kälter ist als das aus dem Herzen strömende der Karotiden. Auch das rechte Herzohr empfängt vom unteren Theile des Rumpfes kälteres Blut. Nachdem aber das etwas kältere und wärmere Venenblut sich gemischt haben, besitzt das im rechten Ventrikel befindliche Venenblut immer noch eine höhere Temperatur als das im linken Ventrikel. — In Bezug auf die durch's Nervensystem erzeugte Wärmebildung unterscheidet Verfasser erweiternde und verengernde Nerven (dilatatorii et constrictorii), d. h. solche, welche eine Erweiterung oder Verengerung der Blutgefässe bewirken. Die ersteren ist er geneigt mit dem Namen der trophischen Nerven zu bezeichnen, und hat er dies durch Durchschneidung des Trigéminus bewiesen, wobei Lähmung derselben Nutritionsstörungen bewirkte. — Der Nerveneinfluss in Bezug auf Ernährung und Wärmebildung wird nur durch den Kreislauf des Blutes vermittelt. Es müssen daher zwei Arten vasomotorischer Nerven unterschieden werden: 1) die Nervi medullares vasodilatatorii oder auch caloriferi, welche durch ihre Thätigkeit eine Oxydation der Gewebe, eine Denutrition verursachen, eine Metamorphose in den anatomischen Elementen und in dem Ernährungsmaterial bewirken; 2) die Nervi vasomotorii constrictorii, welche die Ernährung und Organisirung neuer Gewebe vermitteln. Diese sind auch die Nervi frigorifici, welche die Temperatur erniedrigen und der beständigen Oxydation das Gegengewicht halten. Ueberall also, wo Organisation neuer Gewebe in die Erscheinung tritt, haben wir es mit Bedingungen zu thun, in welchen die Nervi frigorifici in Thätigkeit sind, und weist der Umstand darauf hin, dass unter der Anwendung von kalten Wasserirrigationen Wunden schnell vernarben und dass bei Thieren im Winterschlafe die Narbenbildung und Wundheilung rascher erfolgt als im Sommer und im wachen Zustande. — Beim Fieber muss nach Claude Bernard's Ergebnissen eine vermehrte Thätigkeit der Nervi medullares vasodilatatorii oder caloriferi stattfinden, in Folge deren durch fortdauernde Wärmebildung eine beständige Oxydation der Gewebe und daher auch eine Abmagerung oder Denutrition erzeugt wird. Was uns jetzt die Erfahrung am Krankenbette beim Fieber dargethan hat, das ist nun durch exakte physiologische Forschung nachgewiesen. Es erklärt sich auch daraus, dass in der übermässigen Wärme-Erzeugung Gefahr für's Leben liegen, und bei sehr hohen Temperaturen durch beständige Oxydation und herabgesetzte Nutrition der Tod eintreten kann. Ferner kann die Therapie hieraus die Lehre ziehen, dass sie in Fiebern zur Beseitigung der hohen Temperatur, der übermässigen Thätigkeit der dilatatorischen und kaloriferischen Nerven Mittel anwenden muss, welche in erster Reihe das Nervencentrum und vermittelst desselben die Nervi constrictorii oder frigorifici zu erhöhter Thätigkeit anregen. Dass kalte Bäder sowie die Kälte-Applikation in verschiedenen anderen Gestalten hierzu wesentlich

beitragen, ist unzweifelhaft. Ob auch Chinin, Ergotin und Salicylsäure den gleichen Erfolg darbieten, darüber werden weitere physiologische Experimente zu entscheiden haben. —

Ueber die giftigen Eigenschaften des Glyzerin experimentirten Dujardin-Beaumetz und Audigé. Anknüpfend an ihre Untersuchungen über die durch Gährung sich ergebenden Alkohole studirten dieselben die Wirkungen des Glyzerin auf den Organismus und fanden hierbei, dass chemisch reines Glyzerin Hunden in der Gabe von 8.0 Grm. subkutan injizirt in kürzerer oder längerer Zeit den Tod herbeiführt und dass die Schnelligkeit, mit welcher dieses geschieht, zur Grösse der Dosis in geradem Verhältnisse steht: 8.5 Grm. tödten in 24, 10—12 Grm. in 15—20, 14 Grm. in 3—4 Stunden. Die vergifteten Thiere zeigen Aufregung, geben Schmerzensschreie von sich, werden nach einigen Stunden traurig und dabei unruhig, laufen mit herabhängendem Kopfe hin und her, erbrechen, lassen blutigen Urin; später erscheinen alle sichtbaren Schleimhäute trocken, es stellt sich brennender Durst ein, die Körpertemperatur sinkt, es kommt zu Motilitätshemmung, Somnolenz und weiterem Absinken der Temperatur und unter Retardation der Athmung und Unfühlbarwerden des Pulses tritt der Tod ein. — Dujardin-Beaumetz vergleicht die Symptome des „Glyzerinismus" mit den bei Vergiftung durch einatomige Alkohole wahrzunehmenden Erscheinungen. Die Temperaturabnahme schreitet beim akuten Glyzerinismus in anderer Weise als beim Alkoholismus vor. Bei letzterem tritt das Absinken nach einer kurzen Reaktionsperiode stetig ein und nimmt bis zum Tode allmälig zu, während beim Glyzerinismus in der Reaktionsperiode kein Absinken bemerklich wird, sondern erst bei höheren Graden der Intoxikation zur Entwicklung kommt, ohne jemals einen Grad, wie er bei Alkoholvergiftung häufig zur Beobachtung kommt, zu erreichen. Die während der letzten Stadien der Vergiftung sich ausbildenden Motilitätsstörungen übertreffen dagegen beim Glyzerin die durch Alkohol hervorgerufenen ihrer Intensität nach bedeutend. Konvulsionen erzeugt Glyzerin erst, wenn die Dosis von 14 Grm. überschritten wird; dieselben zeigen einen tetanischen Charakter und sind den durch Strychnin bedingten täuschend ähnlich. Bei Anwendung so enorm grosser Gaben findet anstatt des Absinkens ein Ansteigen der Körpertemperatur Statt. Das komatöse Stadium ist beim Glyzerinismus, wo es erst kurz vor dem Tode eintritt, weniger lang und ausgesprochen wie beim Alkoholismus. Hämaturie kommt bei beiden Arten von Vergiftung zur Beobachtung. — Die Obduktionen von an Glyzerin-Vergiftung zu Grunde gegangenen Thieren weisen bedeutende Hyperämie der rothbraunen Leber und der häufig hämorrhagische Herde an ihrer Oberfläche zeigenden Darmschleimhaut nach. Das Lebergewebe ist degenerirt; die Nieren verhalten sich dem entsprechend. Auch die Lungen strotzen von Blut, ohne apoplektische Herde zu zeigen. Das dilatirte Herz ist in seinen Höhlen mit Gerinnseln angefüllt; das Blut ist schwarz und dickflüssig. Diese Befunde haben Alkohol- und Glyzerin-Intoxikation mit einander gemeinsam. In beiden Fällen tritt eine direkte Wirkung der Mittel auf die Zusammensetzung des Blutes und — davon abhängig — auf das cerebrospinale Nervensystem ein. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen sind von der Elimination des Glyzerin abhängig; ebenso wie beim Alkohol bestehen in dieser Hinsicht beim Glyzerin elektive Beziehungen zur Leber und zum Darmkanale. Die Verfasser beabsichtigen, die zwischen den dreiatomigen Alkoholen (Glyzeringruppe) bestehenden Verschiedenheiten der physiologischen Wirkungen einer weiteren Prüfung zu unterwerfen. (Gaz. des Hôp., 1876, Nr. 89.) —

Ueber die Tubentonsille des Menschen äussert sich E. v. Teutleben in der Zeitschrift f. Anatomie und Entwicklungsgesch., II S. 289, wie folgt: Während Gerlach an Durchschnitten durch die Tube eines halbjährigen Kindes die Schleimhaut derselben mit Balgdrüsen durchsetzt fand, waren beim Erwachsenen an Stelle der höckerig vorspringenden Bildungen des Kindes nur noch verschieden zahlreiche flache Grübchen umrahmt von hohen Rändern vorhanden. Die adenoide Substanz infiltrirt beim Erwachsenen entweder die ganze Schleimhaut gleichmässig, ohne die Oberfläche derselben zu verändern, oder sie füllt in das Lumen vorspringende Einstülpungen derselben aus, oder sie umgibt nach aussen gerichtete Ausstülpungen. In der Tubentonsille des Erwachsenen finden sich keine ächten Balgdrüsen mehr. Dafür werden unregelmässige mit adenoider Sub-

stanz umgebene Einstülpungen gefunden. Die keilförmigen primitiven Bälge sind in ihrem Vorkommen nicht konstant, wie endlich alle diese Bildungen in manchen Tuben nur schwach entwickelt sind oder ganz fehlen. Die Tubentonsille ist also einer regressiven Metamorphose unterworfen. Die lymphoide Substanz schwindet und es vergehen die tuberkelförmigen Erhabenheiten der kindlichen Tonsille, so dass endlich nur noch die Grübchen die Stelle der früheren Lymphoidtuberkel bezeichnen. T. vergleicht diese Grübchen mit den ähnlichen im Dickdarme, Wurmfortsatz und Rektum vorhandenen Bildungen und macht schliesslich darauf aufmerksam, dass die Schwerhörigkeit beim Abdominaltyphus möglicherweise auf einer typhösen Infiltration einer zufälligerweise stark ausgebildeten Tubentonsille beruhen könne. —

Die Syphilis bedingt nicht selten ganz umschriebene Nervenaffektionen, welche ein einzelnes Nervenästchen oder eine Nervenendigung betreffen. Hierher gehören zwei Fälle von plötzlich eingetretener Anästhesie der halben Unterlippe und der entsprechenden Kinnhälfte in Folge von syphilitischer Exostose des horizontalen Unterkieferastes. Der eine von A. Fournier beobachtete Fall betraf einen 35jährigen Mann, welcher sich 1872 infizirte, die gewöhnlichen sekundären Symptome zeigte und in Aachen eine Schmierkur durchmachte. Im Jan. 1875 beobachtete F. bei ihm eine syphilitische Sarkokele, welche nach einigen Wochen unter 3 Grm. Jodkali täglich verschwand. Mitte Oktober v. J. bemerkte der Patient plötzlich, dass er in der rechten Unterlippe kein Gefühl habe. Beim Ansetzen eines Glases oder Löffels erschienen diese Gegenstände in seiner Empfindung wie durchgebrochen, als ob eine Hälfte fehle. Verfasser fand Anästhesie und Analgesie, während die Motilität normal war. Zugleich liess sich eine schmerzhafte Schwellung am Kieferknochen konstatiren, deren grösste Prominenz am Foramen mentale lag und hier den austretenden Nerven komprimirte. Patient erhielt täglich 3.0 Jodkali. Nach acht Tagen war die Sensibilität hergestellt und nach einigen weiteren Tagen auch die Anschwellung gänzlich beseitigt. — Einen zweiten hierhergehörigen Fall citirt Fournier nach der Beobachtung Zambaco's. Ein 35jähr. schon mehrere Jahre an schweren und multiplen Syphiliden leidender Patient zeigte eine Periostitis des Unterkiefers und eine dadurch veranlasste Paralyse des Nervus mentalis. Auch hier waren vollständige Anästhesie und Analgesie vorhanden sowie die Empfindung des „halben Glases". (Gaz. hebd. 1876, Nr. 51.) —

Zur unblutigen Heilung von Fisteln bemerkt A. Heidenhain in der Berliner klin. Wochenschrift (1876, 33): „Von der Idee ausgehend, dass der Chirurg bei jeder Naht, die er anlegt, eine Fistel bildet, welche bei ihrer Bildung auch schon zur primären Heilung disponirt wird, bei Anwendung karbolisirter Darmsaiten durch Resorption derselben, beschloss ich, die Heilung von Fisteln zu versuchen durch Hindurchziehen oder vielmehr Ausfüllung derselben mittelst eines Stranges aus karbolisirten Darmsaiten". Ein an Koxitis leidender Knabe hatte nach der Heilung eine periartikuläre Fistel zurückbehalten, die allen Heilungsversuchen trotzte. Verf. führte einen aus 30 Strähnen der Karbolsaite bestehenden Katgutstrang durch die Fistel. Die beiden hervorragenden Enden wurden zusammengebunden und mit einem in Karbolöl getränkten Läppchen bedeckt. Eine Reaktion trat nicht ein. Nach sechs Tagen stand Patient auf, die Fistel war und blieb ausgeheilt. In gleicher Weise bewerkstelligte H. die Heilung einer Mastdarmfistel. Der 13 Jahre alte Pat. hatte links aussen vom Sphincter externus ein narbig eingezogenes fistulöses Geschwür, welches durch einen 7 Ctm. langen Gang mit dem Mastdarm zusammenhing. Es wurde ein Katgutstrang hindurchgezogen und entsprechend befestigt, nachdem der Kranke tüchtig hatte abführen müssen. 48 Stunden nach der Operation war der in der Fistel steckende Katgutstrang so degenerirt, dass der aus der äusseren Fistelöffnung hervorragende Theil desselben abfiel. Die Fistel heilte und ist geheilt geblieben. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

N° 15. *Erlangen*, am 14. April 1877.

Wöchentlich
n Bogen von
3 Quartseiten.
reis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

halt. Ueber Herpes. Einfaches oder idiopathisches Fettherz. Zur Behandlung des katarrhalischen Ikterus. Erythema nodosum. Ueber Scarlatina puerperalis. Natron sulfo-carbolicum gegen Masern. Das Hemmungsnervensystem Neugeborener. Ueber Dengue (Scarlatina rheumatica, red fever etc.). Werth verschiedener Milch-Surrogate. Ursache behinderter Urinentleerung bei alten Leuten. Neurin gegen Diphtherie. Zur Metallotherapie.

In der Gaz. hebdom. (2. Sér., XIII, 1, 2) ublizirt Dr. Ferdinand Dreyfous aus m Spitale „Lourcine" verschiedene Fälle Herpes an weiblichen Kranken. erst von Herpes der Genitalien, an welchen zwei Formen unterscheidet, je nachdem Herpes sich auf der Oberhaut oder auf Schleimhaut entwickelt. Den Herpes der aut trennt er abermals in zwei Formen: vesicularis und H. erosivus, und gibt insesondere rücksichtlich der Ausbreitung das eispiel einer Kranken, bei welcher die Affekn in der Umgebung der Vulva, des Damns und Afters wahrhafte Verwüstungen anrichtet hatte — eine Form, welche Fourier bezeichnend mit dem Namen „Herpes onstre" belegte. — Bezüglich der Unterheidung des Herpes von syphilitischen Eronen und Ulzerationen wird besonders der s kleinen polycyklischen Segmenten beehende Rand, die Begleiterscheinung von cken und Pruritus sowie (im Falle einer rnarbung) die graurothe Färbung der Narbe im Gegensatze zur kupferartigen Koloran — als für Herpes charakteristisch herrgehoben. Von dem auf Schleimhäuten rkommenden Genitalherpes gibt Dreyfous ein Beispiel von H. vaginae und H. colli wie anschliessend daran zwei von auf der ausschleimhaut entstandener Eruption. Von an anderen Orten vorkommenden Herpesten wird nach einfacher Namensnennung von Gubler genauer beschriebenen Gutturalherpes, des H. buccalis und conjunctivalis, ein Fall von generalisirtem febrilen Herpes beschrieben, der jedoch von den bereits bekannten nichts Abweichendes darbietet. Prognostisch ist die ausserordentlich grosse Disposition mancher Individuen zu Herpeseruptionen erwähnenswerth. So sah Fournier einen Kranken, welcher während mehrerer Jahre fast alle Monate einen Gutturalherpes hatte; einen anderen, welcher zwei Jahre lang immer eine frische Eruption bekam, sobald er seine Petite femme wechselte („und er wechselte sehr oft"); ferner wird von anderer Seite ein Fall citirt, in welchem ein 50jähr. Mann 30 Jahre lang fortwährenden Genitalherpes-Ausbrüchen unterworfen war, trotz sorgfältigster Behandlung — Formen, welche Doyon mit dem treffenden Namen „Herpès recidivant" belegt. — Nach Aufzählung von acht Beobachtungen, in welchen Inokulation von Herpes ohne jeden Erfolg ausgeführt wurde, berührt Dreyfous noch kurz die Ursachen der in Rede stehenden Krankheit und stellt drei Gruppen von ätiologischen Momenten auf, so dass die verschiedenen Beobachtungen in drei Abtheilungen rubrizirt werden können: 1) solche, bei denen die Beziehung zwischen nervöser Störung und Eruption klar ist: der Herpes sitzt an der schmerzhaften Stelle — Zona; 2) solche, bei welchen jene Relation weniger ausgesprochen ist: Herpes vulvae, H. colli, nach Lenden- oder hypogastrischem Schmerze u. s. w.; 3) solche, bei denen jenes Verhältniss indirekt stattfindet, der Sitz des Herpes

ist indifferent — Herpes febrilis, H. bei Magenkatarrh, Pneumonie, Syphilis, Menstruation. — Dr. Ch. Hussenet (Rev. méd. de l'Est., IV, 11, p. 346) fügt zu den bis jetzt bekannten acht Fällen von über den ganzen Körper verbreiteter Herpeseruption mit fieberhaftem Verlaufe eine neue Beobachtung zu. Nach beiläufig achttägigem Prodromalstadium mit Schnupfen, anginösen Beschwerden und Lippenherpes begann die Krankheit mit Schüttelfrost und Temperatursteigerung bis 40° C. Gesicht, Hals, Ohren, Kopfhaut, Rumpf, obere Extremitäten, Rücken, Abdomen, Beine, Penis und Skrotum wurden successive innerhalb vier Tagen von Herpeseruption befallen. Das Fieber zeigte drei Abstufungen, entsprechend dem Stadium der Eruption (zwischen 39 und 40°), der Eintrocknung (38—39°) und der Abschuppung (37—38°). Die mittlere Erkrankungsdauer der febrilen Periode betrug in den beobachteten Fällen zwölf Tage. — Einen zweiten Fall von akutem allgemeinem Herpes beobachtete Clement Dukes (Lancet, I, 25) bei einem 17jähr. Mädchen, welches an Urticaria gelitten hatte. Die Patientin war über ein Feuer erschrocken und hatte in den nächsten Tagen in allen Gliedern Schmerzen gespürt, so dass ein Ausbruch von Rheumatismus erwartet wurde. Nach einer fieberhaften Nacht fand sich die ganze Haut fleckig geröthet und sehr schmerzhaft, so dass kaum der Druck des Bettes ertragen wurde. Mehrere der rothen Flecke zeigten kleine wasserhelle Bläschen, besonders auf dem Handrücken, an den Füssen, den Ellenbogen, den Knieen und am Thorax. Tags darauf waren auch im Gesichte, am Bauche und auf dem Rücken Bläschen ausgebrochen, ebenso an der Zunge, dem Gaumen und im Pharynx. Fusssohlen und Hohlhand zeigten nur fleckige Röthe. Unter starken Schweissen verminderte sich nach drei Tagen die allgemeine Röthe, die Bläschen trockneten theils ein, theils waren sie geborsten. Eine allgemeine Abschuppung in der dritten Woche der Krankheit machte den Beschluss. Obschon im Gesichte, an Wange und Nase mehrere Bläschengruppen sich gebildet hatten, waren die Lippen in diesem Falle vollständig frei geblieben. (Schmidt's Jahrbücher, 1877, 1.)

Die Ursache, warum unter dem Einflusse gewisser den Organismus treffender allgemeiner Schädlichkeiten gerade der Herzmuskel häufig in so hervorragender Weise affizirt wird, ist bis jetzt nicht bekannt. Dies gi insbesondere auch für diejenige Herzaffektion welche man als einfaches oder idiopathi sches Fettherz bezeichnet. Sie entwicke sich auf der Grundlage allgemeiner Anämi sei es, dass dieselbe durch starke Blutv luste oder durch lange dauernde Störung des Verdauungsapparates, namentlich kom nirt mit gleichzeitigen profusen Durchfäll hervorgerufen ist. Dass bei Anämie gera das Herz das Prädilektionsorgan für ana mische Störungen (fettige Entartung) abg suchte Traube aus der andauernden Thät keit des Herzmuskels zu erklären und w dabei auf die Thatsache hin, dass auch Zwerchfell, der einzige ausser dem Herz gleichfalls immer thätige Muskel, in ei Reihe von Fällen von ächtem Fettherz gleiche fettige Entartung zeigt, während d übrigen willkürlichen Muskeln vollkomm verschont davon bleiben. — Wie nun ei solche Verfettung bei Anämie zu Stan komme, sucht Dr. August Fraenkel i Grundlage seiner Versuche über den Einfl des Sauerstoffmangels auf die Organe na zuweisen. Bei Sauerstoffmangel fallen nä lich die Organe einem allgemeinen nekrob tischen Prozesse anheim, wobei das absterben Gewebe das Material für die Mehraussche ung von Stickstoff liefert; wird z. B. bei ein Hunde, welcher sich in jenem vorgeschritten Stadium des Hungerzustandes befindet, welchem die tägliche 24stündige Harnst ausscheidung auf die während der weite Dauer der Inanition sich konstant erhalten niedrigste Stufe herabgesunken ist, plötzl die Sauerstoffzufuhr zum Blute durch e Verengerung der Luftröhre sehr bedeut herabgesetzt, so tritt eine rapide Zunah der bis dahin konstant gewesenen Stickst ausscheidung ein. Das im Körper abgestorb Gewebsmateriale wird nun chemisch in Art zersetzt, dass das Eiweiss in eine sti stoffhaltige und in eine stickstofffreie Kom nente zerlegt wird. Während die erstere Form von Harnstoff oder anderer, der regr siven Metamorphose angehörender Produ schnell aus dem Körper entfernt wird, k letztere, welche wesentlich aus Fett best bisweilen, namentlich bei mangelhafter Sa stoffzufuhr, an dem Orte des Zerfalles ab lagert bleiben. — So erklärt sich die Art Zustandekommens der Verfettung bei man hafter Sauerstoffzufuhr oder der damit id tischen Anämie. Dass gerade der Herzmus so häufig bei Anämie verfettet, erklärt

daraus, dass er bei seiner andauernden und angestrengten Thätigkeit des Sauerstoffes am meisten bedarf, unter einem Mangel desselben im Blute also am meisten und ehesten leiden muss. Auch für diejenigen Verfettungen des Herzens, welche man bei gleichzeitig vorhandenen Allgemeinaffektionen, wie Typhus abdominalis, Recurrens, Pyämie und Puerperalfieber), sowie ferner im Gefolge von Herzfehlern beobachtet, lässt sich die Ursache der Verfettung auf eine verminderte Sauerstoffzufuhr des Blutes zu den Geweben resp. zur Herzsubstanz allein zurückführen. (Charité-Annalen, II. Band, 1877.) —

Die wohl von jedem Praktiker oft gemachte Erfahrung, dass die bisher üblichen Methoden der Behandlung des katarrhalischen Ikterus häufig nicht den gewünschten Erfolg haben und die Krankheit sich dabei sehr in die Länge zieht, bevor Genesung eintritt, veranlasste den Dr. Eduard Krull zu Güstrow, gegen dieses Leiden die kühlen Wasserinjektionen zu versuchen, und will er mit denselben überraschende Erfolge erzielt haben. Sein Verfahren ist folgendes: Dem ikterischen Kranken wird, wenn genügender Grund vorhanden ist, die Diagnose auf katarrhalischen Ikterus zu stellen, gleichviel wie lange schon der Ikterus gedauert hat, in 24 Stunden ein Mal per anum mittelst des Irrigators langsam eine Injektion von kaltem Wasser gemacht. Die Menge des Wassers lässt Krull je nach den Empfindungen des Kranken zwischen einem und zwei Liter schwanken. Die Temperatur des Wassers beträgt 12° R., bei wiederholter Anwendung der Injektion wird sie allmählig bis auf 18° gesteigert, denn der Darm erträgt bei öfterer Anwendung des Wassers die folgenden Injektionen bei gleichbleibender Temperatur so gut nicht. Der Kranke muss dann möglichst lange das Wasser bei sich zu behalten suchen. Mehr als sieben Male ist in Verfassers Fällen die Wasserapplikation nicht nothwendig gewesen. Auf solche Weise hat er elf Patienten, welche mit sehr verschieden langer Dauer ihres Leidens zu ihm kamen, behandelt. Der kürzeste Fall hatte fünf Tage, der längste fast anderthalb Jahre gedauert. Zehn waren mit andauernder Verstopfung behaftet, einer litt an Durchfällen. Von diesen elf Kranken behandelte Verfasser zwei zunächst etwa 14 Tage hindurch erfolglos mit Karlsbader Brunnen und warmen Bädern und ging dann zu dem in Rede stehenden Verfahren über. Vier Kranke wurden von vorneherein mit diesen Wasserinjektionen behandelt. Die fünf übrigen Patienten waren schon längere Zeit von anderen Aerzten mit verschiedenen Mitteln, unter welchen Karlsbader Brunnen niemals fehlte, erfolglos behandelt. Krull setzte sofort jegliches Medikament aus, liess 24 Stunden die bis dahin meist sehr ängstlich und genau vorgeschriebene Diät verändern und verordnete Schwarzbrod und rohes Obst neben der gewöhnlichen mecklenburger Küche. Bei der Untersuchung der Kranken fand er einige Male besonders den linken Leberlappen beträchtlich vergrössert, mit konsistentem Rande, sehr schmerzhaft auf Druck. Eine Gallengeschwulst konnte er niemals finden. Alle Kranke klagten übereinstimmend über Druck vor der Herzgrube, einige auch über Schmerzen im rechten Hypochondrium. Allen fehlte mehr oder weniger der Appetit, dabei waren Uebelkeit, Kopfschmerzen und Mattigkeit vorhanden. Einer wurde von ziemlich heftigem Hautjucken geplagt. Die Mehrzahl hatte vor dem Erscheinen der gelben Farbe schon einige Zeit an den genannten Beschwerden, natürlich das Hautjucken ausgenommen, gelitten; vier jedoch hatten sich bis zum Erscheinen des Ikterus selbst gesund gefühlt. Der erste Effekt der Injektionsbehandlung besteht nach Krull in dem schnellen Verschwinden des Druckes vor der Herzgrube, der Uebelkeit und des Kopfschmerzes und in der Wiederkehr des verloren gegangenen Appetites. Bei nicht allzu langer Dauer der Krankheit war schon nach 24 Stunden vollständiger Schwund dieser Beschwerden eingetreten, die Kranken fühlten sich wie neugeboren und nach wenigen Tagen war die vorher schlaffe Haltung und das müde Aussehen einer prachtvollen Frische gewichen. Auch in den verschlepptesten Fällen trat dieser Erfolg nach wenigen Tagen ein. Die Schmerzhaftigkeit der Lebergegend auf Druck war in frischen Fällen nach 24 Stunden, in alten nach einigen Tagen vollständig verschwunden, trotzdem die gefundene Vergrösserung der Leber noch nicht nachweisbar kleiner geworden war. In der Hälfte der Fälle wurden nach der zweiten Injektion, die also am nächsten Tage vorgenommen wird, gallig gefärbte Fäces zu Tage befördert. Bei den langdauerndsten Fällen trat die normale Färbung der Fäces zwischen dem 2. bis 4. Tage ein. Ueber die Zeit der wieder eintretenden normalen Färbung des Urins sowie der Sklera und Haut lässt sich nichts Be-

stimmtes sagen; diese Veränderungen gestalten sich natürlich nach den individuellen Bedingungen des Stoffwechsels. — Zu der beschriebenen Behandlungsweise kam Verfasser, indem er von der Idee ausging, dass durch Verstärkung der peristaltischen Bewegungen des Darmes, die von einer grossen Injektion kalten Wassers in den Darm veranlasst wird, ein unschädlicher Reiz auf die Gallenausführungsgänge ausgeübt werden müsste und so das sich der Ergiessung der Galle entgegenstellende Hinderniss überwunden werden könnte. Ob nun die durch die Injektion bewirkte vermehrte Peristaltik die nützliche Wirkung allein vollbringt oder ob auch durch das kühlere Wasser gleichzeitig eine Veränderung in dem Füllungsstande des Leberparenchyms herbeigeführt wird, darüber will Krull das Experiment entscheiden lassen. Auffallend ist bei dieser Behandlung das schnelle Verschwinden aller sogenannten Magenbeschwerden und die rapide Rückkehr des Appetits, woraus Verfasser schliesst, dass der begleitende Magenkatarrh in manchen Fällen mehr ein Symptom als die veranlassende Ursache des Ikterus ist. (Berl. klin. Wochenschrift, 1877, Nr. 12.) —

Im deutschen Archive f. klin. Medizin, Bd. XVIII, 2 und 3, p. 313 ff., veröffentlicht Dr. J. Uffelmann zu Rostock abermals drei Fälle der ominösen Form des Erythema nodosum, welche den Beweis liefern, dass diese Form vorwiegend bei jugendlichen Individuen aus tuberkulösen Familien vorkommt. In dem einen dieser drei Fälle, welcher ein 5jähr. Mädchen betraf, waren beachtenswerth das hohe Fieber, wie es bei dem gewöhnlichen E. nodosum nicht vorkommt, die Eruption des Bläschen-Ausschlages, die vom Verf. in keinem anderen Falle beobachtet worden ist, und die ganz besonders protrahirte Rekonvalescenz. Da der Patient schon Varicellen durchgemacht hatte, diese sich auch kaum so lokalisirt gezeigt haben würden, so ist jener Bläschen-Ausschlag wohl als Herpes anzusehen, analog dem Herpes facialis bei anderen fieberhaften Krankheiten. Die beiden anderen Fälle lassen in ihren Krankheitsgeschichten nichts besonders Bemerkenswerthes erkennen. — Das anscheinend unbedeutende, prognostisch aber höchst ominöse Leiden gibt sich nach einem mehrtägigen Prodromalstadium dadurch kund, dass auf der vorderen Fläche des Unterschenkels und der Extensorenfläche des Vorderarmes, nur selten auf anderen Theilen der Extremitäten, frostbeulenartige, erbsen- bis taubeneigrosse Knoten sich zeigen, welche, bläulich aussehend, in der Haut und dem Unterhautzellgewebe liegen, deutlich umgränzt sind, niemals zusammenfliessen, spontan gar nicht, bei Berührung nur wenig schmerzen, nie in Eiterung übergehen, allmählig mit gleichzeitiger Besserung des stets vom Anfange an in Mitleidenschaft gezogenen Allgemeinbefindens, erst dem Auge, dann dem tastenden Finger verschwinden ohne jegliche Abschilferung, ohne dass ein anderer Farbenwechsel als der des Abblassens der erythematösen Röthe zu bemerken ist. Das örtliche Leiden macht in der Regel so wenige Beschwerden, dass es übersehen werden kann, wenn man nicht den auffallend blassen, etwas fiebernden und darniederliegenden Patienten genau vom Scheitel bis zur Sohle untersucht. Nach den Allgemein-Erscheinungen könnte man oft glauben, einen fieberhaften Magenkatarrh vor sich zu haben. Die beschriebenen Knoten hat Uffelmann nie bei kräftigen frischen Menschen beobachtet, sondern nur bei schwächlichen, grade gebauten, blutarmen Individuen mit dünner Haut, durchschimmernden Adern, im jugendlichen Alter, meist weiblichen Geschlechtes. Meist atammten sie aus tuberkulösen Familien und waren selbst zur Phthisis disponirt. Dieser letztere Umstand macht das Leiden, da regelmässig in Heilung überging, prognostisch so wichtig. — Ueber das Wesen der Krankheit haben auch die neuen Fälle (ein 5jähr. Mädchen, eine 20jähr. Bauersfrau, ein 9jähr. Knabe — alle drei aus tuberkulösen Familien) keine weitere Aufklärung gebracht. Die Knoten sassen im kutanen oder subkutanen Gewebe, die Röthung der Haut über ihnen war sekundäre Erscheinung, da über manchen grösseren Knoten dieselbe nur ganz gering war oder auch gänzlich fehlte, ausserdem nach dem Verschwinden dieser Röthung die Knoten doch noch fortexistirten. Was jedoch diese Knoten bedeuteten, ob sie embolischen Ursprunges waren, wie ihr oft schubweises Auftreten unter Frösteln vermuthen liess, ist bei dem Mangel einer anatomischen Ursache nicht zu bestimmen. Auffallend bleibt ihre Beschränkung auf ganz bestimmte Regionen. Welches auch ihre pathologisch-anatomische Bedeutung sein mag, ihr Erscheinen war jedes Mal eben so ungefährlich für die Gegenwart wie ominös für die Zukunft. Die fast regelmässige erbliche Anlage zur Tuberkulose

Habitus und die Antecedentien der Pa-
ten, die konstatirte Entwicklung von Tuber-
se bei Individuen, die vorher diese Form
Erythema nodosum durchgemacht hatten,
en einen inneren Zusammenhang zwischen
em Leiden und der Tuberkulose vermuthen
fordern unbedingt zu prophylaktischen
regeln auf bei solchen Patienten, welche
dieser Form des Erythems befallen wer-
. —

Prof. Dr. Richard Olshausen veröffent-
t im Archiv f. Gynäkologie, IX, 2, p. 169,
ersuchungen über die Komplikation
Puerperium mit Scharlach und die
enannte „Scarlatina puerperalis".
örderst theilt er fünf eigene Fälle von
treten des Scharlachs während des Wochen-
ttes mit; ebenso bespricht er die unzweifel-
ften Fälle der gleichen Komplikation, die
der Literatur vorhanden sind. Aus den-
en geht hervor, dass Scarlatina meist in
ersten Tagen des Wochenbettes auftritt,
die Angina sehr geringgradig ist und
, wenn Parotitiden sich hinzugesellen,
e stets vereitern (Kiwisch). Sodann
t er die Fälle von scharlachähnlichen Er-
kungen, die in der Literatur mitgetheilt,
für etwas Anderes als Scharlach ange-
en worden sind, mit und lässt schon hier
schen den Zeilen durchblicken, dass es
wohl meist um wirkliche Scarlatina ge-
delt habe, da meist gleichzeitige Puerperal-
ktionen nicht zugegen waren oder nur in
Vorstellung einzelner Autoren spuckten!
hat die Ansicht von Helm und Kiwisch,
Scarlatina puerperalis etwas ganz Anderes
ächter Scharlach sei, die Gemüther bisher
sehr beherrscht! — Interessant ist, was
f. über den Verlauf des Scharlachs im
chenbette zusammenstellt. Im Ganzen ist
Erkrankung schwer; es starben von 7
wangeren drei, von 134 Wöchnerinnen,
an Scarlatina erkrankten, 64 (48 pCt.).
rrhoe hat oft eine für die Prognose schlechte
deutung, Abführmittel sind daher nicht zu
en. — Schliesslich berührt Olshausen
ch die zwei Punkte, welche zu der An-
me die Ursache abgegeben haben, dass es
ch um deletäre Wochenbettskrankheiten in
llen von Scharlach handle: nämlich die
se Mortalität und der fast konstante Be-
n in den ersten drei Tagen des Wochen-
tes. Dessenungeachtet handelt es sich stets
Scharlachfälle. Dass so wenig Schwan-
gere (im Ganzen in der Literatur 7) und so viele Wöchnerinnen (134) kurz nach der Geburt an Scharlach erkranken, erklärt Verf. dadurch, dass die Inkubation in der Schwangerschaft sich zu verlängern pflege (vielleicht Monate lang), bis mit der Entbindung das Kontagium zur Wirkung kommt; ob etwas Aehnliches auch für den Typhus gelte, lässt er noch unentschieden, sucht aber die Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Eine Analogie der langen Inkubationsdauer bei Infektionskrankheiten bietet bekanntlich die Malaria dar, die unter unbekannten Umständen erst ein Jahr nach der Infektion ausbrechen kann. Schliesslich erwähnt natürlich Verf. auch der denkwürdigen Diskussion in der London Obstetrical Society (1875), bei welcher in ganz unbegreiflicher Weise Scharlach, Typhus und Puerperalfieber konfundirt wurden, so dass man jedenfalls nach englischen Begriffen gut thun würde, jedes Fieber im Puerperium als Puerperalfieber anzusehen! Da in Deutschland Puerperalfieber-Septikämie im Puerperium ist, so können die englischen Ansichten nur Staunen erregen! — Auch die drei Fälle von A. Martin, welche sämmtlich letal endeten, beweisen, dass auch im Wochenbette Scharlach Scharlach bleibt und mit dem Puerperalfieber durchaus nichts gemein hat.

v. Muralt in Zürich hat in einer leichten Masernepidemie die Methode von Brakenridge in Edinburgh angewendet, Natron sulfo-carbolicum innerlich in grossen Dosen zu geben. Er fand, dass man bei Erwachsenen längere Zeit hindurch Dosen von 20 — 30 Gran zweistündlich ohne Nachtheil geben kann. In den letzten sieben Monaten hat er im Krankenhause alle Fälle von Scharlach so behandelt und hat bis jetzt unter 60 Fällen keinen Todesfall gehabt. Von den 50 Spitalfällen macht er folgende Angaben: Durchschnittlich hatte die Krankheit $4^1/_2$ Tage gedauert, bevor die Behandlung begann. Vom Anfange der Krankheit gerechnet trat nach Anwendung des Mittels rasche Besserung mit normalen Temperaturen ein: in 18 Fällen nach 6 Tagen, in 18 F. nach 8 T., in 5 nach 10, in 4 nach 14 und in 2 Fällen nach 17 Tagen. In 3 Fällen liess die Genesung sehr lange auf sich warten; hier hatte die Behandlung erst am 6. resp. am 10. und 15. Tage des Fiebers angefangen. In 46 Fällen fielen Puls und Temperatur stetig, nachdem die Behandlung eingeleitet worden war, in 4 stiegen

sie für kurze Zeit noch etwas höher. Ein Fall kam am ersten Tage in Behandlung, eben als die Eruption begann; am nächsten Tage war der Ausschlag verschwunden, Temperatur und Puls normal und blieben so. In einem anderen Falle wurde am 9. Tage die Medizin ausgesetzt, weil der Vorrath ausgegangen war. Am selben Abend stieg die Temperatur, welche des Morgens und Abends zuvor 37.6 gewesen, auf 39°.5. Später liess er das Mittel alle jene Personen nehmen, die der Ansteckung ausgesetzt und nicht durch früheres Ueberstehen der Krankheit dagegen geschützt waren. Er gab Dosen von 5—30 Gran 3—4 Mal täglich mit vollständigem Erfolge. (Corr.-Bl. d. Schweizer Aerzte, 1876.)

Das Hemmungsnervensystem der Neugeborenen bespricht Dr. Otto Soltmann im österr. Jahrb. f. Kinderheilkunde, 11. Band, 1. Heft. Er reproduzirt hierbei zunächst aus seinen früheren Arbeiten: „Ueber die Funktionen des Grosshirnes der Neugeborenen", dass alle Bewegungen des Neugeborenen ursprünglich unwillkürliche, dass auch die Reflexbewegungen beschränkt seien, indem die erst durch Vorstellungen später zu erwerbenden cerebralen Reflexe fehlen, d. h. alle Bewegungen, die von der Rindenschichte der Grosshirnhemisphären ausgelöst werden. Aber auch die Hemmungscentren des Gehirnes (Setschenow, Simonoff) existiren beim neugeborenen Hunde noch nicht, das Simonoff'sche Hemmungscentrum ist überdiess identisch mit den psychomotorischen Centren (Hitzig) und den Faserzügen, welche von der Grosshirnrinde der Vorderlappen die Verbindung mit den vorderen Rückenmarkswurzeln vermitteln. Die Hemmungscentra des Rückenmarkes (Goltz, Nothnagel, Lewisson), beziehungsweise die in das Rückenmark eintretenden Fasern, sind beim Neugeborenen gleichfalls durch das Experiment nicht nachzuweisen. Endlich aber verhält sich die vom Vagus ausgehende Hemmung des Herzens gleichfalls beim Neugeborenen ganz anders als beim Erwachsenen. Bei Anwendung viel stärkerer Ströme als sie beim älteren Thiere hinreichen, vom peripheren Ende des Vagus aus diastolischen Stillstand des Herzens zu bewirken, schlagen beim neugeborenen Thiere die Herzkammern oder wenigstens die Vorhöfe noch fort. Kammern und Vorkammern scheinen von räumlich getrennten, vom Vagus abhängigen Hemmungscentren abhängig zu sein und das für die Vorhöfe scheint erst nach der Geburt zur Ausbildung zu kommen. Auch verschiedenartige andere Versuche vom Sympathikus aus reflektorisch die Hemmungswirkung des Vagus beim neugeborenen Thiere auszulösen, versagten; es scheint also das Herzhemmungs-Nervensystem des Neugeborenen erst später seine Wirksamkeit zu entfalten. Im Zusammenhange mit dieser Thatsache beim Neugeborenen stehen die unverhältnissmässig grosse Pulsfrequenz, die enormen Schwankungen in der Zahl der Pulsschläge, die häufige Intermittenz und Irregularität des Pulses, endlich die enorme Pulsfrequenz bei fieberhaften Zuständen; es fehlt eben die vom Vagus ausgehende Regulirung. Ganz dasselbe gilt übrigens auch für die Respiration des Neugeborenen, auch sie wird leicht intermittirend, unrhythmisch, aussetzend, unverhältnissmässig frequent etc. Von dieser physiologischen Eigenthümlichkeit des Hemmungsnervensystemes beim Neugeborenen und Säugling dürfte auch abzuleiten sein, dass bei der Meningitis basalis im ersten Lebensjahre während des ganzen Verlaufes der Krankheit der Puls beschleunigt ist, bei älteren Individuen aber, in Folge von Reizung des Vagus durch basale Exsudate, verlangsamt ist und erst durch Lähmung dieses Nerven beschleunigt wird. —

Im Practitioner C. S. 281 berichtet J. Fayrer über eine exotische Krankheit, Namens Dengue (Scarlatina rheumatica, Dandy fever, red fever etc.). Dieselbe ist ein infektiöses Eruptionsfieber, welches plötzlich beginnt, remittirt und oft recidivirt. Heftige Schmerzen im Kopfe und in den Augen, schmerzhafte Anschwellung der Gelenke und Muskeln, bald hier, bald dort, Halsweh, Konjunktivalkatarrh und Vergrösserung der Submaxillardrüsen sind die Haupterscheinungen. Die Eruption beginnt am 3. Tage, hält 2—4 Tage an, es folgt grosse Prostation, nach einem Intervall kommen Rückfälle, welche einige Wochen anhalten können. Die Konvalescenz ist langsam, ein letales Ende selten. Das Uebel kommt epidemisch in Indien, Burmah, Persien, Arabien, Egypten, Nord- und Südamerika und Westindien vor. In England ist es unbekannt, doch sind Kombinationen von Scharlach mit akutem Rheumatismus beobachtet, welche grosse Analogie zeigten. In Spanien soll Dengue vorkommen, sonst nirgends in Europa. — Der Ausschlag hat viel Aehnlichkeit mit

Scharlach. Zuerst wird das Gesicht roth und geschwollen, es entsteht Konjunktivalkatarrh und Halsschmerz, sodann wird der ganze Körper von dem Rash überzogen. Puls von ca. 120 Schlägen, Temperatur von 40° C. bezeichnen die Höhe des Fiebers. Nach 1—4 Tagen verschwindet die Röthe. Nach dem Intervall von einigen Tagen kommt ein zweiter Rash, welcher mehr masern- oder quaddelartig ist, oft auf der Palma beginnt und mit starker Abschuppung endigt. Der Rash scheint manchmal ganz zu fehlen, manchmal treten anstatt dessen Hämorrhagieen aus Mund, Nase, Darm und Uterus auf. Das Fieber kann mit Delirien einhergehen und beginnt bei Kindern meist mit Konvulsionen. — Vom Scharlach ist Dengue verschieden durch die kurze Dauer des Exanthems und des Fiebers, durch das Auftreten der Muskel- und Knochen-Schmerzen. Es kann dasselbe Individuum zwei Mal befallen werden, doch ist die Krankheit infektiös und hat eine Inkubationsdauer von 5—6 Tagen. Albuminurie ist sehr selten, ebenso konsekutive Geistesstörungen. — Die Therapie ist eine exspektative und symptomatische. Sie muss am Schlusse des Leidens stark roborirend sein, daher Chinin und Eisen zu empfehlen sind. Europäern, welche erkranken, ist bisweilen ein Klimawechsel anzurathen, um die zurückbleibende Kachexie zu heben.

Die DD. Monkewitz und Kruse haben sehr sorgfältige Untersuchungen angestellt über den Werth der verschiedenen jetzt gebräuchlichen Milch-Surrogate bei quantitativ ungenügender Ammenmilch. Sie wandten an: die kondensirte Schweizermilch für sich und mit Kuhmilch gemischt, schottisches Habermehl, frische Kuhmilch und das Nestle'sche Kindermehl, um den Einfluss der verschiedenen Ernährungsmethoden auf Morbilität, Mortalität und Zunahme des Körpergewichtes für gewisse Altersperioden festzustellen. — Die Hauptergebnisse ihrer Untersuchungen lassen sich, wie folgt, zusammenfassen: Kinder bis zum 5. Tage erkrankten beim Gebrauche dieser Surrogate fast ausnahmlos an Digestionsstörungen und wiesen eine grössere Mortalität auf als die ausschliesslich mit Ammenmilch, wenn auch ungenügend, ernährten Kinder. Vom 5. bis zum 15. Tage erwies sich am zweckmässigsten die kondensirte Schweizermilch (1:9 Wasser); vom 15. Tage an eine konzentrirtere Lösung derselben (1:7) für sich oder 2 Theile dieser Lösung mit 1 Theil frischer gekochter Kuhmilch vermischt; vom 2. Monat an aber ist das Nestle'sche Kindermehl entschieden das vorzüglichste Surrogat. — Betreffs der künstlichen Ernährung der Säuglinge bei Ausschluss der Ammenmilch kamen die Verff. zu folgendem Ergebniss: Vor Ablauf des 1. Lebensmonates sollten überhaupt die Versuche der künstlichen Ernährung nach Möglichkeit vermieden werden, da ihre Resultate so überaus traurige sind. Für den zweiten Monat passt am besten die oben erwähnte konzentrirte Lösung der Schweizermilch für sich oder in der angegebenen Mischung mit Kuhmilch, für die nächste Zeit das Nestle'sche Kindermehl. — Was den Modus der Ernährung betrifft, so bekamen die Kinder des 1. Abschnittes zwischen 2 künstlich bereiteten Mahlzeiten ein Mal — im Ganzen 5 Mal täglich — die Brust; die Zahl der ersteren betrug 4 täglich. Die Menge des mit jeder Mahlzeit dem Kinde gereichten Nahrungsgemisches schwankte je nach dem Alter zwischen 55 und 82 Grm. — Die Verdaulichkeit der Kuhmilch versuchten die Verff. durch Zusatz von Soda und schleimigen Substanzen, namentlich Gelatine, zu erhöhen, doch konnten sie sich von dem Nutzen derselben nicht überzeugen. (St. Petersburger mediz. Wochenschr., 1877, Nr. 7.)

In Langenbeck's Arch., 20. Bd., 3. Hft., beschreibt Prof. W. Busch den Mechanismus, welcher am häufigsten bei alten Leuten die Urinentleerung behindert. Der Sphinkter der Blase liegt bei Knaben dem Orificium internum urethrae ausserordentlich nahe; der Druck des Harnes gegen den unteren Theil der Harnblase bei ihrer Kontraktion eröffnet darum mit Leichtigkeit das Orificium. Es wird dadurch auch die bei Knaben häufige Enuresis nocturna erklärt, wenn man nämlich annimmt, dass bei diesen Kindern der statische Druck des die Blase füllenden Harnes genügt, um den Spinkter zu überwinden. Im Alter der Pubertät wächst die Prostata und der Sphinkter reicht an der Urethra tiefer herab, so dass eine grössere Kraft erforderlich ist, um ihn in seiner ganzen Ausdehnung zu öffnen. Wird die Prostata hypertrophisch, so wächst hauptsächlich jener Theil derselben, welcher oberhalb des Caput gallinaginis liegt, so dass die Entwicklung der Geschwulst hauptsächlich in der Richtung

gegen die Blase zu stattfindet. Es wird dadurch das Orificium internum gegen die Blase zu vorgeschoben, so dass es sich schliesslich auf dem höchsten Punkte des von der Prostata in der Blase gebildeten Vorsprunges befindet. Nun bildet das Orificium in keiner Stellung mehr den tiefsten Punkt der Blase, sondern diese ist ringsherum, besonders aber hinten, nach abwärts ausgebaucht. Kontrahirt sich jetzt die Blase, so wirkt der Druck des Harnes von allen Seiten her gegen die Wände des in die Blase hervorragenden Prostatakegels, drängt dieselben gegen einander und verschliesst auf diese Art den entsprechenden Theil der Harnröhre noch fester, statt denselben zu eröffnen. Dieser Mechanismus ist nach Busch häufiger die Ursache der Harnverhaltung als der durch Vergrösserung des Mittellappens der Prostata bewirkte klappenartige Verschluss. Mit dieser Auffassung stimmt auch die Thatsache, dass manche Menschen mit Prostatahypertrophie, die in aufrechter Stellung den Harn nicht entleeren können, dieses vermögen, wenn sie durch starkes Vorneigen die hintere tiefste Ausbuchtung der Blase mehr in gleiche Höhe mit dem Orificium urethrae internum bringen. Die Sektion eines alten Mannes, welcher in der letzten Zeit nur mehr mittelst des Katheters uriniren konnte, unterstützte gleichfalls die obige Ansicht. Der Mann hatte nämlich eine gut entwickelte Blasenmuskulatur, keine Prostatahypertrophie, aber es stieg eine tiefe Ausbuchtung der Blase hinter der Prostata herab, welche durch Druck auf diese den Verschluss bewirkte, also auf dieselbe Weise wie bei der Prostatahypertrophie. In praktischer Beziehung folgt aus den in Rede stehenden Untersuchungen die Regel, man solle der Entwicklung der Ausbuchtungen der Harnblase entgegen wirken durch nicht zu lange dauerndes Anhalten des Urins im gesunden Zustande und durch frühzeitige Anwendung des Katheters bei Harnbeschwerden. —

Ueber die Wirkung des Neurin bei Diphtherie berichtet Prof. E. Ludwig in Wien an das Centralbl. f. d. med. Wissensch. v. 24. März d. Js., wie folgt: „Im verflossenen Herbste habe ich auf Grund von Beobachtungen über das Verhalten des Neurin gegen Eiweisskörper sowie über dessen antiseptische Wirkungen die Anwendung dieser Substanz zur lokalen Behandlung der Diphtherie empfohlen. Es sind darauf hin seit mehreren Monaten in dem hiesigen Kronprinz-Rudolf-Kinderspitale Versuche angestellt worden und nach den Mittheilungen der an diesem Spitale thätigen Aerzte (Hauke, Becker, Brezina, Winiwarter) hat das Mittel selbst in den schwersten Fällen der in Rede stehenden Krankheit bei lokaler Anwendung (es wurden die belegten Stellen jede zweite Stunde mit wässeriger Neurinlösung von 3—6 pCt. Neurin gehalt bepinselt) günstige Resultate geliefert. Die Belege lösten sich nach kurzer Zeit, die Entzündung blieb auf die oberflächlichsten Schichten der Schleimhaut beschränkt und es machte sich ein auffallend günstiger Einfluss auf das Allgemeinbefinden der Kranken bemerkbar. Ganz ähnliche Erfolge wurden mit Lösungen von Tetramethylammoniumhydroxyd und Tetraaethylammoniumhydroxyd erzielt; diese beiden Körper verhalten sich, wie vorauszusehen war, gegen Eiweisskörper ebenso wie das Neurin“. —

Prof. Charcot theilte der Société de Biologie in der Sitzung vom 13. Jan. ds. Js. Versuche mit, betreffend die Applikation von Metallen an anästhetischen Stellen, welche er mit Dr. Burg in der Salpetrière angestellt hat. Bei mehreren Hysterischen bewirkte das Auflegen von 1—2 Zwanzigfrancsstücken auf anästhetischen Stellen nach 15—20 Minuten die Rückkehr der Sensibilität in einem Umkreise von 5, 6, 8 oder 10 Ctm. unter- und oberhalb der Stelle, auf welcher die Goldmünzen gelegen waren. Diese Sensibilität dauert 24 Stunden an. — Bei anderen Hysterischen ist das Gold wirkungslos, Kupfer oder Zink dagegen wirksam. Gleichzeitig mit der Rückkehr der Sensibilität beobachtet man eine Erhöhung der Temperatur und der dynamometrischen Kraft. Die Erklärung des Phänomens vermag Charcot vorläufig nicht zu geben. Die Metallotherapie ergibt dieselben Resultate auch bei cerebral bedingten Anästhesieen. (Gaz. des Hôp., 1877 Nr. 6.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 16. *Erlangen*, am 21. April 1877.

Wöchentlich
n Bogen von
8 Quartseiten.
reis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

halt. Zur Kenntniss der gefässerweiternden Nerven. Einfluss verminderter Sauerstoffzufuhr zu den Geweben auf den Eiweisszerfall im Thierkörper. Zur Pathogenie des Keuchhustens. Zur Lehre von der thierischen Wärme. Die Oesophagotomie zur Entfernung künstlicher Zähne. Hauptvortheile der Anwendung des Chloralhydrates bei der Geburt.

Zur Kenntniss der gefässerweiternden Nerven hatte Prof. Goltz schon früher mitgetheilt, dass nach der Durchschneidung des Nervus ischiadicus beim Hunde der Tonus der Gefässe nach einigen Tagen sich wieder vollkommen herstellt in Folge von terminalen Vorrichtungen an den Gefässen selbst und dass auf elektrische Reizung des peripheren Stumpfes eine bedeutende Steigerung der Temperatur des betreffenden Beines, also Gefässerweiterung, folge. Zum weiteren Nachweise der Richtigkeit dieser seiner Hypothese, dass in diesem Falle gefässerweiternde Nerven gereizt werden, führt er auch die mechanische Reizung des vorher durchschnittenen Hüftnerven entweder einen bis zwei Tage darnach oder auch sofort darnach aus, indem er denselben von der Durchschnittsstelle bis zur Peripherie schabweise abträgt oder mit der Scheere einkerbt oder endlich mittelst des Heidenhain'schen Tetanometers. Die chemische Reizung geschieht mit konzentrirter Schwefelsäure. In allen Fällen folgt auf diese Reizungen eine bedeutende Hyperämie in dem Gefässgebiete des Hüftnerven und eine Temperatursteigerung, die bis zu 41° C. betragen kann; in den meisten Fällen werden auch Muskelzuckungen beobachtet. Um diese letzteren auszuschliessen, mussten in tadellosen Versuchen die Thiere kurarisirt sein. Gleichzeitig bemerkt Goltz, dass er, von anderer Seite darauf aufmerksam gemacht (Putzeys und Tarchanoff), zugebe, dass in vielen Fällen der Gefässerweiterung auch eine Verengerung derselben vorhergehe, ohne dass indess diese Beobachtung seiner Lehre irgend welchen Abbruch zu thun im Stande sei. Eine interessante Beobachtung machte er an jungen Kätzchen: bei diesen stellte sich gleichzeitig mit der Gefässerweiterung und Temperaturerhöhung ein Schwitzen der betreffenden Extremität ein. Weiterhin findet er, dass eine Durchschneidung des Rückenmarkes nicht bloss im Hinterkörper, sondern auch im Vorderkörper eine Gefässerweiterung hervorzurufen vermag. War einem Hunde der Plexus brachialis durchschnitten und die Temperatur der betreffenden Vorderpfote gestiegen, so erfolgte, wenn man 7—14 Tage nachher, um welche Zeit beide Vorderpfoten ziemlich gleiche Temperatur hatten, das Rückenmark durchschnitt, eine bedeutende (5° C.) Temperatursteigerung in der ungelähmten Vorderpfote, während sich die gelähmte Vorderpfote abkühlte (um 7° C.). Die Erklärung für diesen Versuch liegt in dem jetzt allgemein zu fassenden Satze, dass jede Verwundung des Rückenmarkes Erschlaffung von Gefässen in den Gliedmassen mit sich bringt, welche mit der Rückenmarkswunde durch unversehrte Nervensubstanz verbunden sind, mit der Vorstellung, dass die Verwundung des Rückenmarkes eine Erschütterung dieses Organes setzt, welche sich nach hinten und vorne im Rückenmarke fortpflanzt und eine Herabsetzung oder Hemmung der reflektorischen und automatischen Centren des Gehirnes und Rückenmarkes zur Folge hat.

Diese Nervenerschütterung pflanzt sich auch auf die peripheren Nerven fort und bringt hier eine Hemmung der Funktion zu Stande, deren Endergebniss die Erschlaffung der Gefässe in dem betreffenden Gebiete vorstellt. Die Abkühlung in der gelähmten Pfote würde sich erklären aus der mit der Rückenmarksverletzung einhergehenden Erniedrigung des allgemeinen Blutdruckes, dem eine Zusammenziehung der Gefässe in der gelähmten Pfote folgen müsste. Wenn übrigens in der Mehrzahl der Fälle die Temperatursteigerung nach der Rückenmarksdurchschneidung in den hinteren Extremitäten bedeutender ausfiel als in den vorderen, so hat dies seinen Grund nur in dem Umstande, dass die Durchschneidung des Rückenmarkes in der Regel näher dem hinteren Ende desselben ausgeführt wurde, wohin sich jene Erschütterung dann viel stärker fortpflanzen konnte. Eine Durchschneidung des Rückenmarkes in der Höhe des Brustwirbels zeigt dann in der That eine höhere Temperatursteigerung in den Vorder- als in den Hinterpfoten. — Alexander Ostroumoff macht nun zunächst gegen Goltz geltend, dass die Temperatursteigerungen auf Reizung des durschschnittenen Hüftnerven beobachtet wurden zu einer Zeit, zu welcher die Nerven schon degenerirt gewesen sein müssen, da die Reizung bei Goltz stets mehrere Tage nach der Durchschneidung des Nerven vorgenommen worden ist. In Bestätigung der älteren Beobachtungen sieht er auf Reizung des frisch durchschnittenen Hüftnerven stets eine bedeutende Temperaturherabsetzung eintreten; führte er dagegen die Reizung an einem von 3—4 Tagen durchschnittenen Ischiadicus aus, so konnte er ebenfalls eine Temperatursteigerung beobachten. Die Annahme, dass dieselben Nerven zu verschiedenen Zeiten verschiedenen Funktionen dienen könnten, zurückweisend reizt er den frisch durchschnittenen Nerv, im Sinne eines Hemmungsnerven mittelst einzelner Induktionsschläge rhythmisch, je fünf Sekunden ein Reiz. Es erfolgen darauf thatsächlich Temperatursteigerungen am frisch durchschnittenen Nerven. Ist die Kurarisirung keine zu starke, so tritt gleichzeitig eine Zuckung der ganzen Pfote ein, indess ist die Temperatursteigerung daraus nicht abzuleiten, da sie durch vollständige Kurarisirung nicht aufgehoben wird; freilich tritt sie nicht mit solcher Schnelligkeit auf, was auf eine geringe Herabsetzung der Erregbarkeit der Erweiterungsnerven durch grosse Kuraredosen hinzuweisen scheint. Jener Verdacht wird aber völlig dadurch widerlegt, dass es Ostroumoff gelungen ist, bei gewissen sehr geringen Stromstärken durch Tetanisirung eine Temperatursteigerung hervorzurufen; doch gelingt es nicht häufig, diese Stromstärke zu finden. O. nimmt in dem Ischiadicus zwei Arten von Gefässnerven an, nämlich erweiternde, welche durch rhythmische, und verengernde, welche durch tetanische Reize zur Thätigkeit veranlasst werden können. Nach Durchschneidung des Stammes sinkt die Erregbarkeit der verengernden schneller, indess nach mehreren Tagen die Erweiterer durch tetanische Reizung allein noch erregt werden können. Die Erscheinung, dass die auf Durchschneidung des Hüftnerven erweiterten Gefässe nach mehreren Tagen ihre frühere Lichtung wieder gewinnen, erklärt Ostroumoff wie Goltz durch die Annahme von peripher gelegenen Ganglien, die selbstständig auf die Gefässe wirken können, aber durch die von den Centralorganen zu ihnen tretenden verengernden Fasern in ihrem Tonus verstärkt, durch die erweiternden in ihrem Tonus herabgesetzt werden. Noch wird darauf aufmerksam gemacht, dass, während die Hemmungsfasern des Herzens durch Atropin gelähmt werden, dies bei den hemmenden Gefässfasern der Glandula submaxillaris und der Haut nicht der Fall ist. — Um nun die Natur dieser nervösen Endapparate mehr zu durchschauen, wurden Versuche angestellt, in welchen bei durch Splanchnicusreizung gesteigertem Blutdrucke die Temperatur einer gelähmten und ungelähmten Pfote beobachtet wurde. Es steigt die Temperatur der gelähmten Pfote nicht, dagegen die der ungelähmten, wenn die Drucksteigerung durch Reizung sensibler Nerven hervorgerufen ist. Daraus folgt 1) dass die Blutgefässe selbst nach Trennung ihrer Nerven bei plötzlicher Drucksteigerung der dehnenden Wirkung der letzteren längere Zeit aktiven Widerstand leisten; 2) dass diese Widerstandsfähigkeit durch ermüdende Einflüsse herabgesetzt wird; 3) dass Gefässe, die noch im Zusammenhange mit den Centralorganen stehen, zur Entwicklung jenes Widerstandes in höherem Maasse befähigt sind, weil sie weniger leicht ermüden. Dennoch scheint es, dass die peripheren Endvorrichtungen der Gefässe einen regulirenden Einfluss auf den Blutstrom ausüben können, ohne hierbei auf die Dauer der vasomotorischen Nerven entbehren zu können, weil sie bei dieser erhöhten Thätigkeit sich nach einiger Zeit er-

schöpfen. — Die Hemmungsnerven der Hautgefässe können erregt werden 1) reflektorisch durch Reizung sensibler Nerven, 2) durch Athmungssuspension, 3) durch kleine Nikotin- und Kuraredosen und 4) durch psychische Erregung. Die gefässverengernden Nerven werden erregt 1) bei direkter elektrischer Reizung des Rücken- oder verlängerten Markes und 2) durch Reizung sensibler Nerven und Athmungssuspension nach vorhergegangener Strychninvergiftung. In Bezug auf die Bahn, in welcher die Nerven für die Hinterpfoten laufen, zeigt Ostroumoff, dass sämmtliche Gefässnerven durch den Bauchstrang des Sympathicus zum Nervus ischiadicus gelangen, durchaus keine durch den Plexus ischiadicus, denn die bezüglichen Temperaturveränderungen in den Hinterpfoten treten nur nach Durchschneidung und Reizung des Bauchstranges, niemals nach Durchschneidung der Sakralwurzeln auf. Das Centrum für dieselben liegt aber nicht, wie Goltz gewollt hat, bloss im Lendenmarke, sondern auch höher hinauf im Rückenmarke. — Die DD. A. J. Kendall und B. Luchsinger kommen unabhängig von Ostroumoff zu fast gleichen Versuchsergebnissen und Schlüssen. Sie finden dasselbe nach Durchschneidung besonders des Nervus ischiadicus, welche sie gleichfalls im Gegensatze zu Goltz nicht als Reizung, sondern als Lähmung der Vasomotoren deuten. Diese Lähmung geht nach mehreren Tagen wieder zurück. Wird der periphere Stumpf des durchschnittenen Hüftnerven mit tetanisirenden Induktionsschlägen gereizt, so finden sie im Gegensatze zu Goltz eine Herabsetzung der Temperatur der Pfote; führt man dagegen die Reizung mehrere Tage nach der Durchschneidung des Ischiadicus aus, so sahen sie, wie Ostroumoff, Temperatursteigerung, welche sie ebenso dem Einflusse gefässerweiternder Nerven zuschreiben. Werden frisch durchschnittene Nerven rhythmisch in Intervallen von zwei Sekunden gereizt, so fällt die Temperatur der Pfote ebenfalls, womit wahrscheinlich gemacht ist, dass die tonisirenden Erregungen im Centrum auch nur rhythmischen Reizen entsprechen. Sehr interessant sind die folgenden Versuche an Nerven, welche einige Tage vorher durchschnitten waren: bei diesen gibt tetanisirende Reizung Herabsetzung, aber rhythmische Reizung Steigerung der Pfotentemperatur. Endlich gelingt es auch am frischen Nerven, durch schwache Reizung sofortige Temperaturerhöhung zu beobachten. Auch die Verfasser kommen zur Annahme terminaler gangliöser Einrichtungen in den Gefässen, deren Tonus durch die Verengerer erhöht, durch die Erweiterer gehemmt wird mit der Annahme verschieden hoher Erregbarkeit beider Fasergattungen. Ausser an der Hundepfote haben sie auch am Kaninchenohre und dem Eulenfusse Beobachtungen angestellt. (Pflüger's Archiv XI S. 52, XII S. 219 und XIII S. 197.) —

Bischoff und Voit haben vor mehreren Jahren gefunden, dass sämmtliches in den Verdauungstraktus eingeführtes Eiweiss seinen Stickstoff wieder vollständig nach aussen abgibt, wenn nur überhaupt die Nahrung ausreicht, um den Organismus zu erhalten und wenn im Falle sehr reichlicher Einfuhr der Darm die Nahrungsmenge bequem befördern kann („Stickstoffgleichgewicht"). Auch wenn durch vermehrte Muskelarbeit eine sehr beträchtliche Einpumpung von Sauerstoff in's Blut stattfindet, wird dadurch die Stickstoffmenge, welche der Harn und die Fäces ausscheiden, nicht beeinflusst. Es muss demnach die Eiweisszersetzung in erster Linie ein Spaltungsprozess sein, welcher unabhängig von der Sauerstoffaufnahme stattfindet. So ist die Sache aber nur im normalen Organismus. Während in diesem nur das in den Körper eingeführte Eiweiss das Material für den Harnstoff liefert, so dass nur von diesem die Ausscheidung desselben abhängt, findet im kranken Organismus eine Vermehrung des letzteren häufig ohne Vermehrung der Stickstoffzufuhr Statt (beim Fieber und bei gewissen „akuten Vergiftungen"). Prof. Dr. Fränkel zu Berlin hat nun in einer sehr sorgfältigen und interessanten Arbeit („Ueber den Einfluss der verminderten Sauerstoffzufuhr zu den Geweben auf den Eiweisszerfall im Thierkörper". Virchow's Archiv, Bd. 67, S. 273 ff.) den Versuch gemacht, die Gründe für diese Abweichung, zunächst für jene „akuten Vergiftungen", zu erforschen. Von denselben ist es zuerst die akute Phosphorvergiftung, die er einer Besprechung unterzieht, und sind bei dieser die pathologischen Vorgänge verhältnissmässig rein zu beobachten, da weder störende Einwirkungen auf das Centralnervensystem noch Temperaturerhöhungen komplizirend eingreifen. Bei der Phosphorvergiftung nun ist der Stickstoffumsatz, wie schon Bauer gefunden, sehr beträchtlich vermehrt, die Sauerstoffaufnahme jedoch und ihr entsprechend die Kohlensäure-

abgabe sehr vermindert. Dieses letztere Moment ist nicht etwa dadurch herbeigeführt, dass der Phosphor einen Theil des Sauerstoffes für seine Oxydation in Anspruch nehme — dafür ist die nöthige Menge von diesem zu gering — sondern sie ist bewirkt durch die Abtödtung einer grossen Zahl rother Blutkörperchen. Die vermehrte Stickstoff-Ausscheidung ist ein Zeichen des vermehrten Eiweisszerfalles und in der That findet man bekanntlich bei der Phosphorvergiftung sehr ausgedehnte Verfettung in vielen Organen. Das hier sich vorfindende Fett ist nicht von aussen zugeführt, sondern ist vielmehr an Ort und Stelle entstanden als Spaltungsprodukt eben bei jenem Eiweisszerfalle, bei der Nekrobiose zelliger Elemente. Wir wissen ja jetzt, dass Fett eines der gewöhnlichsten Spaltungsprodukte des Eiweisses ist und auch im normalen Organismus sich aus diesem bildet. — Nun drängte sich die Frage auf, ob nicht die beiden verschiedenen Prozesse, die Abnahme der Sauerstoffzufuhr einerseits und die Zunahme des Eiweisszerfalles, die sich in der Vermehrung des Harnstoffes und in den Verfettungen ausspricht, andererseits in dem Kausalverhältnisse zu einander passten, dass Verminderung der Sauerstoffzufuhr überhaupt eine Vermehrung des Stickstoffumsatzes zur Folge hatte? Fränkel sah nun zuerst nach, ob man nicht vielleicht durch eine mechanische Behinderung der Gaszufuhr schon im Stande sei, den Stickstoffumsatz zu erhöhen, die Harnstoffausscheidung also zu vermehren. Es wurde bei grossen weiblichen Hunden (diese wurden angewendet, weil sich nur bei ihnen die so nothwendige Harnentleerung durch Katheterismus machen lässt) eine Trachealfistel angelegt und eine Kanüle eingeführt, welche durch die bekannte Trendelenburg'sche Vorrichtung einen vollkommenen Abschluss nach oben gestattete, so dass alle Luft ihren Weg durch die Oeffnung der Kanüle nehmen musste. Diese letztere stand mit einem Gummischlauche in Verbindung, der durch eine Klemmvorrichtung verengert werden konnte, so dass man im Stande war, jeden beliebigen Grad von Athemnoth herzustellen. Bis zum Maximum liess sich die letztere aber nur bei hungernden Thieren steigern, da bei wohlgenährten Thieren (Verfasser machte auch Versuche an solchen, die sich im Stickstoffgleichgewichte befanden) sonst unvermeidlich Erbrechen eintrat. In Betreff der Harnstoffausscheidung ergab sich dann das wichtige Resultat, dass dieselbe erheblich vermehrt war, das heisst bei Thieren von 6—7 Hungertagen, bei denen also die Harnstoffausscheidung sehr niedrig war, durch den betreffenden sich nur über wenige Stunden erstreckenden Eingriff an den beiden folgenden Tagen um 15 Grm. zunahm. Dies entspricht einem Umsatze von 200 Grm. Muskelfleisch — trotzdem die Temperatur normal und das übrige Befinden ebenfalls vollkommen angemessen war. Die Vermehrung der Harnstoffausscheidung erstreckte sich immer auf mehrere Tage, da durch den gesetzten Eingriff Störungen in den Funktionen der Nieren, also in der Ausscheidung des mehrgebildeten Harnstoffs, unvermeidlich waren. Während des Versuches selbst stockte die Harnsekretion wegen der Verengerung der kleinen Arterien (durch die Kohlensäure-Anhäufung). Diese Verengerung der kleinen Gefässe trägt indirekt auch noch zur Beschränkung der Sauerstoffzufuhr zu den Geweben bei und erhöht noch den Stickstoffumsatz. — Fränkel bemerkt weiter, dass nicht etwa die Vermehrung der Wasserausscheidung die Schuld an der Harnstoffvermehrung trage, denn ein hungernder aber reichlich trinkender Hund scheidet an und für sich nicht mehr Harnstoff aus als ein hungernder Hund, dem nur wenig Wasser gereicht wird. — Bei Thieren im Stickstoff-Gleichgewichte liessen sich prägnante Resultate nicht erreichen, da aus dem oben angeführten Grunde die Asphyxie nie weit genug gesteigert werden konnte, dass der Partialdruck des Sauerstoffs so bedeutend gesunken wäre, wie dies zu einer umfangreicheren Beschränkung der Aufnahme desselben erforderlich sein musste. Ganz ähnliche Resultate erhielt Verfasser nur, wenn er die Thiere unter die Einwirkung von Kohlenoxydgas brachte, allerdings unter gehörigen Vorsichtsmassregeln, welche nothwendig waren, wenn man nicht eine tödtliche Vergiftung herbeiführen wollte (Anwendung in stark verdünnter Form, Einathmung in Pausen, Aussetzen der Einathmung, wenn die Konjunktiva unempfindlich wurde). Auch hier ergab sich entsprechend dem Umstande, dass durch dieses Gift die Blutkörperchen ihre Fähigkeit, den Sauerstoff zu übertragen, verlieren, eine Zunahme der Harnstoffausscheidung (bei Thieren im Stickstoff-Gleichgewichte). Zucker war (im Gegensatze zu Naunyn) im Harne niemals nachzuweisen, so dass also eine Vermehrung der Harnstoffausscheidung durch diabetische Einwirkung bestimmt auszuschliessen war. Auch hierbei erstreckte sich die Ver-

mehrung der Harnstoffmenge auf mehrere Tage. — Fränkel machte noch direkte Stickstoffbestimmungen, um auf diese Weise eine Fehlerquelle, die etwa durch Bildung anderer stickstoffhaltiger Substanzen im Harne entstehen könnte, auszuschliessen. Hierbei ergab sich vollkommene Uebereinstimmung mit den durch die Titrirmethode gewonnenen Harnstoffwerthen. — Endlich kann man bekanntlich durch Blutentziehungen die Sauerstoffübertragung herabsetzen. Die Folgen davon sind, wie Bauer gefunden, in der That eine Verminderung der Sauerstoffaufnahme und Kohlensäureabgabe einerseits, eine Vermehrung der Harnstoffausscheidung andererseits. Bekannt ist es ja, wie auch grosse Blutverluste den fettigen Zerfall der Organe einzuleiten im Stande sind. Auch diese Vermehrung des Stickstoffumsatzes erklärt Verfasser nach früheren Erfahrungen als Folge des Sauerstoffmangels. Die Erklärung von Bauer, nach welcher die Verminderung des „zirkulirenden Eiweisses" und die dadurch bewirkte Aufnahme des „Organ-Eiweisses" in das Blut den Grund für jene Erscheinung abgeben sollte, weist er zurück, da ähnliche Zustände ja beim Hunger vorhanden sind und hier doch gerade die Stickstoffausscheidung vermindert ist. Umgekehrt nimmt bei einer Vermehrung der Blutmenge durch Transfusion die Eiweisszersetzung nicht ab, wie dies ja nach Bauer der Fall sein müsste, trotzdem die Menge des zirkulirenden Eiweisses vermehrt ist. — Der Grund für die Vermehrung des Eiweissumsatzes in allen diesen Fällen liegt in der Steigerung des Eiweisszerfalles, welchen die mangelhafte Sauerstoffzufuhr zur Folge hat. Dieser hat desshalb eine Vermehrung des Stickstoffumsatzes zur Folge, weil der Organismus nur im Stande ist, abgestorbene Eiweisskörper zu verarbeiten, sei es dass ihm diese von aussen durch die Nahrung zugeführt werden, sei es dass er sie in seinem eigenen Vorrathe findet. Am klarsten wird dieser Unterschied dadurch, dass Transfusionen lebenden ganzen Blutes die Stickstoffausscheidung unverändert lassen, solche aber von nicht mehr lebendem Blutserum diese steigern. Während beim Hunger eine Verminderung der Funktionen sowie des physiologischen Absterbens von Zellen (und der Eiweissumsetzung also) stattfindet, sehen wir beim Sauerstoffmangel eine pathologische Steigerung des Zellzerfalles und der Harnstoffausscheidung. Der anatomische Ausdruck für diesen Zerfall ist die parenchymatöse resp. fettige Degeneration, die wir nicht nur bei allgemeiner, sondern auch bei lokaler mangelhafter Blutzufuhr eintreten sehen. Letztere wird ganz besonders dann von übler Einwirkung sein, wenn das Organ physiologisch vermöge seiner angestrengten Thätigkeit auf eine reichliche Sauerstoffzufuhr angewiesen ist (Herz). So ist der scheinbare Widerspruch zwischen normalen und pathologischen Verhältnissen gelöst. Aehnlich sind nun auch die Verhältnisse beim Fieber. Hier wird einmal durch die erhöhte Temperatur direkt eine Gewebszerstörung bewirkt, dann aber auch durch den Untergang vieler rother Blutkörperchen (Vermehrung des Harnfarbstoffes) eine Herabsetzung der Sauerstoffzufuhr und so indirekt eine Nekrobiose veranlasst. So ist denn auch hier die vermehrte Stickstoffausscheidung erklärt. — Manche Säuren wirken ebenfalls zerstörend auf die Gewebe ein und vermehren so den Stickstoffumsatz. —

Die Pathogenie und Therapie des Keuchhustens behandelt Dr. Anton Tschamer zu Graz im Jahrb. f. Kinderheilk., X, 1 u. 2, p. 174 ff. Derselbe geht bei der Untersuchung über das Wesen des Keuchhustens von der allgemein anerkannten Thatsache aus, dass man es bei dieser Affektion mit einer kontagiösen Krankheit zu thun habe. Ueber die Natur des Kontagiums ist man jedoch bis jetzt zu keinem bestimmten Ergebnisse gelangt. Als das Medium desselben sieht man den Auswurf und die ausgeathmete Luft der Patienten an. Die Untersuchungen Letzerich's, welcher die in den Sputis solcher Kranken befindlichen pflanzlichen Organismen für das eigentliche Kontagium hält, werden zwar von Einigen mit Misstrauen angesehen, verdienen aber nichts destoweniger weiter geprüft zu werden. Tschamer hat nun bei seinen Untersuchungen sich bemüht, die fraglichen Organismen als für die Sputa Keuchhustenkranker charakteristische und in keiner anderen Lungenkrankheit vorkommende nachzuweisen. In den bei Bronchialkatarrh, Phthisis pulmonum, Bronchiektasie entleerten Sputis fand er ausser den in solchen Sputis gewöhnlich vorkommenden Elementen noch Mikrokokken und Bakterien einzeln und in Ketten. Dagegen sah er im Auswurfe niemals Aspergillus, wohl aber zwei Mal in dem Kavernenhalte bei Lungenschwindsucht. Ebenso fand

er diesen Pilz im Ohrenschmalze und im Sekrete bei Knochenkaries. Bei der Untersuchung des Keuchhusten-Sputums fällt schon makroskopisch dasselbe von dem anderer Lungenkrankheiten auf. Man sieht nämlich im ersteren nadelspitzgrosse weisse und etwas grössere gelbliche Körperchen herumschwimmen, welche nach einiger Zeit auf dem Boden des Gefässes sich absetzen. Die Menge dieser Körperchen wächst mit der Intensität der Krankheit. Oft schon einen bis zwei Tage vor Beginn des konvulsivischen Stadiums kann man diese Körperchen zu Gesicht bekommen; hat man aber dieselben im Auswurfe eines hustenden Kindes gefunden, so ist kein Zweifel über die Natur dieses Hustens mehr zulässig. Zum Zwecke der weiteren Untersuchung wurden diese Körperchen in Wasser oder Glyzerin zerzupft, andere erst, nachdem sie 3—24 Stunden in Kalilösung gelegen hatten. Unter dem Mikroskope erscheinen dieselben als aus Epitelzellen und einem netzförmig verzweigten Mycelium bestehend. Daneben erblickt man zahlreiche glänzende Sporen von verschiedener Form und Grösse. In den weissen Körperchen der Sputa finden sich meist im späteren Stadium des Keuchhustens auch farblose Hyphen, ferner gelbliche, rothbraune bis dunkelbraune Sporen und zuweilen auch verästelte Hyphen von derselben Farbe. Bei Kulturversuchen mit den im Auswurfe der Keuchhustenkranken gefundenen Pilzen entwickelte sich eine Pilzform, welche Tschamer schon früher auf den Kernen einer faulenden Orange beobachtet hat und bei weiterem Nachsuchen auf der Schale von fast jeder Orange gefunden hat. Hier erscheinen diese Pilze als kleine, schwärzliche, zwischen den Höckern der Schale sitzende Punkte, welche, wenn man sie abgestreift hat, eine feuchte pulverige Masse darstellen. Dieselbe besteht mikroskopisch aus Hyphen und Sporen des betreffenden Pilzes. Ebenso gelang es, denselben Pilz auch auf den meisten Aepfelsorten, ja auch auf Kartoffelschalen und Citronen aufzufinden. Da nun diese Pilze also auch in dem Auswurfe bei Keuchhusten vorhanden sind und jedenfalls die Ursache des Entstehens dieser Krankheit abgeben, so folgt daraus, dass, wenn jene den genannten Früchten entnommenen Pilze in die Luftröhre gebracht würden, hierdurch Keuchhusten entstehen müsste. Die Versuche, welche Verfasser in dieser Richtung an sich selbst und einem Taglöhner anstellte, bestätigen vollkommen die Richtigkeit des obigen Schlusses. Die oben erwähnte schwarze Masse von einer Orange wurde zu diesem Zwecke auf ein trockene Glasplatte gelegt, zerkleinert und zu eine pulverige Masse kräftig eingeathmet. Am 4. Tage, nachdem Verfasser dieses Pulver inspirirt hatte, trat Kitzel im Halse und Husten ein und am 8. Tage fing der Husten an krampfhaft zu werden. Erbrechen trat nur ein Mal auf, dagegen waren Würgbewegungen häufiger. Der Husten war von geringem Auswurfe begleitet, das Kitzeln jetzt im Verlaufe der Trachea zu fühlen. Dieser Zustand dauerte etwa 10 Tage. Dieselben Körperchen wurden im Auswurfe gefunden, wie bei keuchhustenkranken Kindern, nur war die Zahl derselben geringer. — Die Wirkung jener Pilze ist unzweifelhaft eine mechanische, indem sie als Fremdkörper auf die Schleimhaut der Luftwege wirken. Demzufolge lokalisirt sich das Leiden nur auf gewisse Regionen und treten dabei keine Allgemeinerscheinungen auf, angenommen, wenn sie vom Lokalleiden oder einer Komplikation abhängen. Bei den im Ganzen seltenen Sektionen Keuchhustenkranker findet man nur die Zeichen eines Katarrhes. Wir haben es demnach mit einer Mykose der Schleimhaut der Luftwege zu thun, ganz analog den Mykosen der Haut z. B. Herpes tonsurans. Dass nicht auch andere Organismen, wenn sie die Schleimhaut der Luftwege erreichen, als reizende Körper in ähnlicher Weise wirken wie jene für den Keuchhusten charakteristischen, sowie dass diese oft ohne alle weiteren Folgen inspirirt werden, ist daraus zu erklären, dass die verschiedenen Organismen nur auf einen für sie passenden Boden gedeihen und sich kräftig fort entwickeln können und dass ferner die Schleimhaut verschiedener Individuen mehr oder minder empfänglich für bestimmte Organismen sich zeigt. Das Inkubationsstadium des Keuchhustens schwankt zwischen 2—4 Tagen. Würde eine sehr grosse Menge von jenen Pilzen in die Luftwege mit einem Male gelangen, so bliebe eine sofortige Reaktion nicht aus und die Massen würden durch Husten oder Niesen alsbald wieder entfernt werden. So aber gelangen in den meisten Fällen nur kleine Mengen in die Luftwege, ohne zuvörderst einen Reiz auszuüben, welcher erst dann eintritt, wenn sich diese Pilze auf der Schleimhaut in genügendem Grade vermehrt haben. Je nach der Geschwindigkeit der Ausbreitung des Pilzes, welche wiederum von verschiedenen Umständen abhängen kann (tellurische, atmosphärische Einflüsse etc.),

richtet sich die Dauer des Inkubationsstadiums. Ehe diese Pilze nun durch das feine netzförmige Mycel dem Epitel der Schleimhaut fest anhaften, erzeugen sie einen entzündlichen Zustand der letzteren, welcher geeignet ist, das sogenannte katarrhalische Stadium des Keuchhustens hervorzurufen. Durch die bald darauf folgenden krampfhaften Hustenanfälle wird eine Loslösung des fest anhaftenden Pilzes bewirkt. Das Zustandekommen der einzelnen Hustenanfälle lässt sich ungezwungen aus der Erregung von Reflexbewegungen durch Summirung der Reize nach Brücke erklären. Dadurch nun, dass in Folge des fortwährenden Reizes die Entzündung der Schleimhaut sich vermehrt und in Folge letzterer mehr Schleim abgesondert und das Epitel, auf welchem allein die Pilzmasse fortwächst, gelockert und endlich ausgeworfen und neues gebildet wird, kommt es zu einer Naturselbsthilfung dieser Krankheit. Die Pilze werden somit in grösserer Menge ausgeworfen, als sie sich erzeugen können, und hiermit stimmt auch die Beobachtung, dass die erwähnten aus Epitelzellen, Mycel und Sporen bestehenden Körperchen mit der Zunahme des Auswurfs sich auch vermehren. Zum Schlusse stellt Verf. noch die Ansicht auf, dass jener auf den erwähnten Früchten sich findende und mit dem Keuchhustenpilze identische Pilz als ein „Capnodium Citri" anzusehen sei. —

In der physiologischen Gesellschaft zu Berlin, Sitzung vom 9. März d. Js., sprach Dr. Senator über die Lehre von der thierischen Wärme. Er erörterte zunächst die Frage nach der Wärmeregulation, in Betreff deren sich zwei Ansichten gegenüberstehen. Die eine findet die Mittel, durch welche die sogenannten Warmblüter ihre Innenwärme trotz äusserer Temperaturschwankungen konstant halten, abgesehen von willkürlichen und instinktiven Massregeln, hauptsächlich in Veränderungen der Wärmeabgabe, welche durch Aenderungen der Cirkulation und Verdunstung von Seiten der Haut bewerkstelligt werden, während nach der anderen Ansicht eine unwillkürliche und reflektorische Anpassung der Wärmebildung an den Wärmeverlust, also eine Steigerung der Wärmebildung bei Abnahme der äusseren Temperatur und eine Verminderung jener bei Zunahme dieser stattfinden soll. Er zeigt, dass das Regulationsvermögen der Warmblüter, wenn sie von den willkürlichen Schutzmassregeln (Bewegung, Nahrung und Kleidung) keinen Gebrauch machen, ein sehr beschränktes ist und dass namentlich die Menschen, obgleich sie durch ihre Intelligenz es verstehen, sich am meisten gegen die Schwankungen der Aussentemperatur zu schützen, nur innerhalb ganz enger Gränzen ihre Innenwärme bewahren können, wenn sie auf die willkürlichen Schutzmassregeln verzichten. Alle diese Erfahrungen sprechen nicht für das Vermögen, die Wärmeproduktion nach dem Wärmeverluste zu regeln, aber sie bilden auch keinen strengen Beweis dagegen. Bewiesen oder widerlegt könnte das Vorhandensein eines solchen Vermögens nur werden durch kalorimetrische Untersuchungen oder durch Untersuchung der Stoffwechselvorgänge. Bei den kalorimetrischen Untersuchungen, welche schon an und für sich grosse Schwierigkeiten bieten, tritt in diesem Falle, wo es sich also z. B. um den Einfluss der Abkühlung handelt, noch der Umstand erschwerend hinzu, dass, wie es eben in dem Begriffe der Abkühlung liegt, in jedem Falle mehr Wärme als normal abgegeben wird, während man nicht weiss, wie viel davon in der gleichen Zeit produzirt ist und wie viel der Körper ausserdem von seinem Wärmebestande hergegeben hat. Ungefähr lässt sich dieser letztere Antheil durch Messung der Körpertemperatur vor und nach der Abkühlung schätzen. In einigen solchen Untersuchungen, welche der Vortragende früher an Hunden angestellt hat, sprach das Ergebniss nicht dafür, dass, selbst bei sehr mässiger Einwirkung von Kälte auf die Haut, mehr Wärme als ohne diese Einwirkung, bei sonst gleichem Verhalten, gebildet worden wäre. Was die zweite Methode, die Untersuchung des Stoffwechsels, betrifft, so genügt die alleinige Bestimmung der ausgeathmeten Kohlensäure nicht, weil diese, worauf Senator auch schon früher hingewiesen hat, in ihrer Menge sich ändern kann, ohne dass gleichzeitige Aenderungen in ihrer Bildung stattfinden. Sicherer sind die Bestimmungen der ausgeathmeten Kohlensäure und des gleichzeitig eingeathmeten Sauerstoffes. Ueber den Einfluss der äusseren Temperatur auf diese Gase liegen nur wenige Untersuchungen bisher vor. An Menschen sind von Speck drei Versuche angestellt worden, bei welchen während der Abkühlung zwei Mal die Kohlensäure und zwei Mal der Sauerstoff innerhalb der normalen Schwankungen lag, ein Mal überstieg die Kohlensäure und in einem anderen Versuche der Sauerstoff das normale Maximum

ganz wenig und dabei waren Muskelanstrengungen (Waschungen) nicht ausgeschlossen. Neuerdings sind in Pflüger's Laboratorium und auf dessen Veranlassung Untersuchungen angestellt worden von Röhrig und Zuntz an Kaninchen und von Colasanti an Meerschweinchen. Pflüger selbst stellt auf Grund dieser Untersuchungen folgende Gesetze auf: 1) Ausathmung von Kohlensäure und Aufnahme von Sauerstoff gehen parallel (wenn nicht Dyspnoe vorhanden ist), so dass, wenn von Sauerstoff wenig aufgenommen wird, auch von Kohlensäure wenig produzirt wird und umgekehrt. 2) Der Quotient $\frac{\text{Kohlensäure}}{\text{Sauerstoff}}$ ist eine unveränderliche Grösse („Naturkonstante"). 3) Bei Thieren mit unversehrtem Nervensysteme wirken Temperaturschwankungen der Umgebung von der Haut aus reflektorisch auf den Stoffwechsel, so dass jeder Abnahme der äusseren Temperatur eine entsprechende Steigerung des Stoffwechsels (gemessen durch das Verhalten der Kohlensäure und des Sauerstoffes) entspricht. 4) Dies gilt nur, so lange die Temperatur im Inneren (Rektum) des Thierkörpers nicht über oder unter eine gewisse Gränze geht. Bei sehr hoher Temperatur im Inneren werden maximale Werthe des Stoffwechsels und bei sehr niederer Temperatur minimale Werthe beobachtet ohne Rücksicht auf die Temperatur der Umgebung. — Der Vortragende weist nun im Einzelnen nach, dass die Versuche von Röhrig und Zuntz diesen Gesetzen nicht entsprechen, sondern theilweise ganz direkt widersprechen, dass namentlich auch bei Einwirkung eines warmen Bades Zunahme der Gasmengen und bei Einwirkung eines kalten Bades Abnahme des Sauerstoffverbrauches beobachtet wurde. Colasanti hat hierüber an Meerschweinchen Versuche angestellt, welche sich vermöge ihrer ausserordentlichen Energie ihrer Wärmeregulation ganz besonders dazu eignen sollen. Doch gibt er an, dafür gesorgt zu haben, dass die Thiere in dem Athemraume nicht zu starker Kälte (nicht unter 6° C.) ausgesetzt waren. In der That hat in dem Athemraume während der Versuche eine Temperatur von 6—10° geherrscht. Aber vor dem Versuche hat er die Thiere stundenlang in einem Eiskasten gehalten, dessen Temperatur wohl wenig über 0° gewesen ist (wie auch aus anderen Versuchen am Frosche hervorgeht). Nachdem die Thiere also stundenlang starker Kälte ausgesetzt waren, brachte er sie zum Versuche in eine um mehrere Grade höhere Temperatur und fand dabei Steigerung des Stoffwechsels. Seine Versuche sind daher nicht beweisend, dass sich Meerschweinchen abweichend von Kaninchen (und Menschen) verhalten, sondern sie können eher noch als Beweis gegen den steigernden Einfluss der Kälte ausgelegt werden. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 11.) —

Im New-York Medical Record für 1876 theilt Le roy Mac Lean zwei Fälle von Oesophagotomie zur Entfernung künstlicher Zähne mit. In beiden Fällen wurde unter Vorausgang der Aetherisation der Einschnitt links zwischen der Cartilago thyreoidea und dem Rande des Musculus sternocleidomastoideus gemacht und der Oesophagus durch einen Lithotomstab, der durch die Mundhöhle eingeführt wurde, mit seiner hinteren Seite nach aussen gedrückt und auf den Stab eingeschnitten. Im ersteren Falle wurden die künstlichen Zähne mit der Platte durch den eingeführten Finger entfernt; im zweiten, in welchem eine Striktur über dem fremden Körper den Finger hinderte, die Platte entfernt, während die Zähne in den Magen fielen und später im Stuhlgange vorgefunden wurden. Beide Fälle endigten mit vollständiger Heilung und ohne Nachwirkungen auf die Gesundheit und die Stimme.—

Die Hauptvortheile der Anwendung des Chloralhydrates bei der Geburt sind nach den Erfahrungen des Dr. Prentiss folgende: Der Geist bleibt ruhig, die Schmerzhaftigkeit der Wehen nimmt ab, in den Wehenpausen tritt erquickender Schlaf ein und das Orificium uteri erweitert sich schnell. Bei besonders aufgeregten Kreissenden verschwindet nach Verbrauch von 1.0—1.5 Grm. Chloral die nervöse Aufregung. Die Wehen werden regelmässiger und wirkungsvoller. Die grosse Erschöpfung nach langer Geburtsdauer nimmt dadurch ab, dass die Schmerzen in den Wehenpausen aufhören. Prentiss beobachtete auch bei Rigidität des Muttermundes nach einigen Chloralgaben eine schnelle Eröffnung. Er lässt alle 15 Minuten 0.3 Grm. nehmen, bis die Gesammtgabe von 1.2—1.8 Grm. erreicht ist. Dadurch soll keine Anästhesie bezweckt werden, die oben geschilderte günstige Wirkung bald eintreten. (Americ. Journ., N. S., CXLI p. 298.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 17. *Erlangen*, am 28. April 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 16 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Anatomie und Physiologie der Netzhaut. Ueber primäre Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarkes. Resultate aus Versuchen mit dem Fettgehalt in den Geweben des Thierkörpers. Hegar's Trichterapparat. Das Verhalten der Gebärmutterinnenfläche nach der Entbindung. Ueber den Sehpurpur. Die Eucalyptolwirkung.

Den Berliner akad. Monatsberichten für 1876 entnehmen wir Folgendes aus einer Mittheilung von Franz Boll über die Anatomie und Physiologie der Netzhaut: Die zahlreichen Histologen, welche im Anschlusse an die Arbeiten von Max Schultze neuerdings die als die Endorgane des Sehnerven betrachteten Stäbchen und Zapfen der Retina untersuchten und beschrieben, glaubten diese Gebilde „im absolut frischen“ oder „im überlebenden“ Zustande vor sich zu haben. Dennoch ist es zweifellos, dass bisher Keiner von ihnen eine Retina irgend eines Wirbelthieres in wirklich physiologisch frischem Zustande untersucht hat, denn die merkwürdigen Eigenschaften der wirklich lebenden Retina, die von Boll beschrieben werden, sind ihnen entgangen. Lässt man einen im Dunkeln aufbewahrten Frosch durch einen Gehilfen köpfen (am besten so, dass der Unterkiefer am Rumpfe zurückbleibt) und präparirt in möglichst kurzer Zeit einen Augapfel, halbirt ihn mit einer Scheere und zieht mit einer feinen Pincette die Retina von dem dunklen Grunde des retinalen Pigmentes und der Chorioidea ab, so erscheint sie im ersten Augenblicke intensiv roth gefärbt, so dass man denken könnte, ein Blutgerinnsel mit der Pincette gefasst zu haben. Während der ersten zehn, im besten Falle zwanzig Sekunden (1. Stadium) verblasst diese Farbe allmählig und ist nach Verlauf dieser Zeit gewöhnlich vollständig verschwunden. Die Retina zeigt dann, während der nächsten 30 bis 60 Sekunden, mitunter auch noch länger (2. Stadium), einen atlasartigen Glanz. Allmählig verliert sich auch dieser und die Netzhaut wird vollkommen durchsichtig, in welchem Zustande sie eine Viertelstunde und auch noch länger verharrt (3. Stadium). Dann erst wird sie allmählig trübe und undurchsichtig (4. Stadium). — Ueber die Ursachen dieser optischen Eigenschaften der physiologisch frischen Retina ergibt die mikroskopische Untersuchung, dass sowohl die rothe Farbe des ersten wie der Atlasglanz des zweiten Stadiums ausschliesslich in der Stäbchenschicht ihren Sitz haben und zwar allein in den stark lichtbrechenden und aus äusserst feinen übereinander geschichteten Plättchen aufgebauten Aussengliedern, welche im ersten Stadium roth erscheinen und innerhalb des zweiten atlasartig glänzen. Gegen das Ende des zweiten Stadiums quellen die Stäbchen auf und verlieren allmählig ihren Glanz, wie sie am Ende des ersten Stadiums ihre Purpurfarbe verloren haben. Ihr Brechungsindex nähert sich dem der übrigen Retinaschichten und die Netzhaut wird jetzt, im dritten Stadium, vollkommen durchsichtig. Die Trübung der Retina im vierten Stadium hat endlich ihren Grund nicht in Veränderungen der Stäbchenschicht, sondern in der Gerinnung von Eiweisskörpern, welche in den anderen Netzhautschichten stattfindet. — Diese Eigenthümlichkeiten der Retina finden sich bei allen Thieren, welche überhaupt eine ausgebildete Stäbchenschicht besitzen. Unter den

Wirbelthieren konnte Boll sie ausser bei den Amphibien noch nachweisen bei den Knochen- und Knorpel-Fischen und bei den Säugethieren. Hierbei ist hervorzuheben, dass die Purpurfarbe des ersten Stadiums sich im Allgemeinen besser und länger konservirt bei den Kaltblütern und bei den Arten mit stärkeren Stäbchen (Amphibien und Knorpel-Fischen) als bei den Warmblütern und bei den Arten mit sehr feinen Stäbchen (Knochen-Fischen und den meisten Säugethieren), bei welchen letzteren die Retina oft mit ausserordentlicher Geschwindigkeit aus dem Stadium der Purpurfarbe in das zweite Stadium übergeht. — In den beiden übrigen Wirbelthierklassen der Vögel und Reptilien stösst das Studium der überlebenden Retina auf besondere Schwierigkeiten, indem die Netzhäute dieser Thiere bekanntlich schon an und für sich lebhafte konstante Farben zeigen, welche durch die Anwesenheit bunter Oeltropfen bedingt sind und welche natürlich die Feststellung etwaiger Farbenveränderungen des ersten Stadiums sehr erschweren. Dennoch ist es Boll bei der Taube unzweifelhaft gelungen, in den ersten zehn Sekunden ein deutliches Abblassen des centralen roth gefärbten Theiles der Retina zu konstatiren, so dass angenommen werden muss, dass die intensiv rothe Farbe der Taubenretina im ersten Stadium ausser in den rothen Oeltropfen auch noch ihren Grund habe in einem von den Aussengliedern der Stäbchen ausgehenden optischen Effekt. Der für das zweite Stadium charakteristische Atlasglanz ist auch in der Retina der Vögel stets sehr deutlich. Hiegegen vermisste Boll in der Netzhaut der Eidechse, welche bisher von den Reptilien allein untersucht wurde, jede Andeutung der für das erste und zweite Stadium charakteristischen Erscheinungen, entweder weil die von den Oeltropfen herrührende intensiv gelbe Farbe der Netzhaut sie verdeckte oder weil die für diese Netzhaut charakteristische, äusserst rudimentäre Entwicklung der Aussenglieder nicht zur Erzeugung der beschriebenen optischen Wirkungen ausreichte. — Auch ausserhalb des Wirbelthiertypus lässt sich dieselbe charakteristische Purpurfarbe im Sehorgane nachweisen. Schon 1842 hat Krohn angegeben, dass die mächtigen Stäbchen der Cephalopoden-Retina im frischen Zustande roth gefärbt sind. Dasselbe ist von den Stäbchen der Heteropoden bekannt und ebenso ist bereits von früheren Untersuchern auf die rothe Farbe der Sehstäbe bei den Krebsen, Schmetterlingen und Käfern aufmerksam gemacht worden. Boll hatte im Herbste 1876 in Viareggio Gelegenheit, sowohl von Cephalopoden wie von Seekrebsen zahlreiche Species frisch zu untersuchen und konstatirte bei allen ohne Ausnahme (bei den Cephalopoden in der Stäbchenschicht und bei den Krebsen in den plättchenstrukturirten Sehstäben) ganz dieselbe Purpurfarbe, die er in der Retina der Wirbelthiere aufgefunden hatte. Sie ist bei diesen Wirbellosen viel intensiver und erhält sich viel besser und länger als bei den Wirbelthieren. — Es scheint also ein ganz allgemeines Gesetz zu sein, dass jene eigenthümliche aus übereinander geschichteten Plättchen aufgebaute Substanz, welche in der Retina der Wirbelthiere die Aussenglieder der Stäbchen und Zapfen und im Auge der Wirbellosen diesen physiologisch (und vielleicht auch phylogenetisch) äquivalente Organe (die Stäbchen der Cephalopoden und die Sehstäbe der Arthropoden) bildet, bei allen Thieren eine sehr charakteristische rothe Farbe zeigt, welche während des Lebens sehr intensiv ist und im Tode meist ausserordentlich schnell vergeht. Diese Farbe erscheint vollkommen identisch in den Augen aller Thiere, welche bisher untersucht wurden. Das Spektroskop ergibt zunächst ihre gänzliche Verschiedenheit von der Farbe des Hämoglobins und stellt ferner fest, dass sie keiner einfachen Spektralfarbe entspricht, sondern als eine zusammengesetzte Farbe angesehen werden muss. Eine Bestätigung für die Richtigkeit dieser Ansicht lässt sich aus der mikroskopischen Untersuchung entnehmen. Mitunter hält sich nämlich die Farbe des ersten Stadiums lange genug, um in einem mikroskopischen Präparate der Froschretina die Wahrnehmung zu gestatten, dass in der Mosaik der Stäbchenschichte, auf welche man das Mikroskop eingestellt hat, nicht alle Stäbchenquerschnitte in rother Farbe erscheinen, sondern dass zwischen einer überwiegenden Mehrheit rother Kreise eine Minderheit — etwa von 10% — in grünlichem Blau schimmernder Stäbchenquerschnitte vorkommt. Welches die Natur dieser an die geschichtete Plättchensubstanz gebundenen Farbenerschninungen sei, muss durch weitere Untersuchungen festgestellt werden, namentlich, ob sie beruhen auf einer der Substanz der Plättchen inhärenten Eigenfarbe, oder ob sie ihr Dasein verdanken dem optischen Effekte der selbst farblosen geschichteten Plättchen, in welchem letzteren Falle sie in die Kategorie der Interferenz-

erscheinungen einzureihen sein würden. — Zunächst ergeben sich aus der eben auseinandergesetzten anatomischen Entdeckung folgende physiologische Schlüsse: 1) Die rothe Farbe des ophthalmoskopirten Augenhintergrundes rührt nicht von den erleuchteten Blutgefässen der Chorioidea her, sondern beruht wesentlich auf der purpurnen Eigenfarbe der Netzhaut; 2) diese ist nur innerhalb des Lebens vorhanden und überdauert den Tod des Thieres — besonders bei Warmblütern — nur um wenige Augenblicke. Ophthalmoskopirt man ein sterbendes Säugethier (am besten, indem man es mit Chloroform tödtet), so wird der Moment des Todes durch ein plötzliches Erblassen des rothen Augenhintergrundes bezeichnet. Auf diese Thatsache wird unschwer eine vielleicht für forensische Zwecke brauchbare und leicht anzuwendende Methode zur Konstatirung des Todes zu begründen sein; 3) die Eigenfarbe der Netzhaut wird im Leben beständig durch das in das Auge fallende Licht verzehrt. Diffuses Tageslicht macht die Purpurfarbe der Netzhaut erblassen. Längere Einwirkung direkten Sonnenlichtes (Blendung) entfärbt die Retina vollständig. In der Dunkelheit stellt sich die intensive Purpurfarbe alsbald wieder her. Diese objektive Veränderung der Aussenglieder der Stäbchenschichte der Netzhaut durch die Lichtstrahlen bildet unstreitig einen Theil des Sehaktes. —

In der deutschen Zeitschrift f. praktische Medizin, 1876, Nr. 16—19, veröffentlicht Dr. Oskar Berger in mehreren Artikeln, deren Fortsetzung versprochen wird, Mittheilungen zur Pathologie und Therapie der Rückenmarkskrankheiten u. z. zunächst der primären Sklerose der Seitenstränge. Dieselbe wurde zuerst von Charcot als ein besonderer Krankheitstypus aufgestellt und in ihrer klinischen Symptomatologie von anderen Rückenmarksaffektionen geschieden. Dass die gesonderte Erkrankung der Seitenstränge auf einer gesonderten embryonalen Anlage derselben beruhe, wie Charcot, auf Pierret gestützt, annimmt, ist nach den Untersuchungen von Kölliker, Henle und Flechsig sehr unwahrscheinlich geworden. Dagegen besitzen dieselben nach den neuesten physiologischen Untersuchungen von Woroschiloff eine eigenthümliche physiologische Bedeutung. Letztere Untersuchungen zeigten nämlich, dass in den weissen Vorder- und Hinter-Strängen keine Leitungsbahnen vom Hirne nach den Rückenmarksnerven verlaufen, sondern dass dieselben nur kurze, die benachbarten Nerven unter einander verbindende Fasern enthalten, während die langen, das Hirn mit allen Nerven in Beziehung setzenden Leitungsbahnen in den Seitensträngen zu suchen sind, und zwar so, dass der Seitenstrang einer jeden Markhälfte sensible und motorische Bahnen für beide Extremitäten führt. Mit diesem Befunde steht die anatomische Thatsache im Einklange, dass die Seitenstränge nach dem Gehirn zu an Umfang wachsen. Jene Versuche ergaben ferner, dass die koordinirten Bewegungen der Beine nur so lange zu Stande kommen, als das mittlere Dritttheil der Seitenstränge unverletzt bleibt, dass in den vorderen Hälften die motorischen Leitungsbahnen für beide Beine verlaufen, dass die für die Unterschenkel mehr in der Mitte zu suchen sind und dass die Streckbewegungen der Beine durch Zerstörung der hinteren Fünftel beeinträchtigt werden. Eine Folge dieser physiologischen Eigenschaft der Seitenstränge ist die schon 1851 von Türck gefundene sekundäre absteigende Erkrankung derselben bei Zerstörungen im Gehirne, namentlich der beiden vorderen Dritttheile der inneren Kapsel, des 1. und 2. Gliedes vom Linsenkerne, sowie bei tieferen Zerstörungen der Rinde. Die Erkrankung geht durch den dem Gehirnherde gleichnamigen Gehirnschenkel, dieselbe Brückenhälfte und Pyramide in den entgegengesetzten Seitenstrang über und ergreift häufig auch noch den medianen Theil des entsprechenden Vorderstranges (Türck'scher Strang). Vom Seitenstrange ist stets der hintere Abschnitt ergriffen. Auf diese sekundäre Degeneration der Seitenstränge sind jedenfalls die oft spät nach cerebralen Hemiplegieen auftretenden Kontrakturen zurückzuführen. — Die anatomischen Veränderungen sind bei der primären Sklerose der Seitenstränge genau dieselben wie bei der Tabes dorsalis, nämlich Bindegewebsproliferation mit konsekutivem Untergange der Nervenelemente; auch sind sie ebenfalls bereits makroskopisch an der grauen Verfärbung der betreffenden Partieen zu erkennen. Von der sekundären Sklerose unterscheidet sie sich durch das stets beiderseitige Auftreten und durch die grössere Ausdehnung. Die Erkrankung kann die ganze Länge der Seitenstrangbahn vom Lendenabschnitte bis in den Hirnschenkelfuss ergreifen, auch sind bisweilen die Türck'schen Stränge betheiligt. Klinisch verläuft die Krankheit unter dem

Bilde „einer chronischen, ohne nennenswerthe Sensibilitätsstörungen sich sehr langsam entwickelnden, ausschliesslich motorischen Paraplegie mit frühzeitig in sehr ausgesprochener Weise auftretenden Muskelspannungen und auffallender Neigung zu tonischem und klonischem Krampfe bei ungestörter Ernährung der Muskulatur und Erhaltung der elektrischen Reizbarkeit, sowie intakter Funktion der Blase, des Mastdarmes und der Geschlechtstheile". Die Krankheit pflegt mit leichten paretischen Erscheinungen und Gefühl von Müdigkeit in den unteren Extremitäten zu beginnen, später tritt eine eigenthümliche Steifigkeit in denselben auf, zu welcher sich kurze tonische Streck-, seltener Beugebewegungen in den Kniegelenken, vorwiegend bei ruhiger Horizontallage, gesellen. Solche tonische Streckungen der Beine treten nicht selten beim Aufstehen ein. Später stellen sich auch klonische Zuckungen, entweder nur als Tremor oder als wirkliche Konvulsionen, ein. Dann pflegt die Steifigkeit in den Knieen auch objektiv bei passiven Bewegungen sich zu zeigen, ebenso in den Hüftgelenken, besonders bei Abduktionsversuchen. Der Gang ist daher eigenthümlich steif und schwerfällig und erfolgt häufig mit kleinen Schritten auf den Zehen, so dass er leicht in ein plötzliches Vorwärtsschiessen übergeht. In der Narkose erschlaffen die Muskeln und werden die Gelenke, soweit sich nicht an den Knochen sekundäre Veränderungen gebildet haben, wieder beweglich. Der Ernährungszustand der Muskeln sowie ihr elektrisches Verhalten bleiben ungestört. Ebenso bleibt die Sensibilität normal. Dagegen zeigt sich in vielen Fällen die kutane Reflexerregbarkeit erheblich gesteigert und bei allen Fällen ist die Sehnenreflex-Erregbarkeit so erhöht, dass sie ein pathognostisches Symptom bildet. Besonders leicht hervorzurufen sind der Patellarsehnenreflex (das „Unterschenkelphänomen" Westphal's), d. h. eine wiederholte Kontraktion des Quadriceps cruris bei Klopfen auf das Ligamentum patellare, und der Achillessehnenreflex (Fussphänomen W.), d. h. auf gewaltsame Dorsalflexion des Fusses auftretende rhythmische Plantar- und Dorsalflexionen des Fusses, die sich durch kräftige Plantarflexion sofort aufheben lassen. Dasselbe Symptom findet sich auch bei der sekundären Lateralsklerose. Daneben tritt nicht selten Kältegefühl in den Beinen auf. — Auf dieser Stufe bleibt die Krankheit gewöhnlich Jahre lang stehen, bis allmählig die Starre zunimmt und die Kranken an das Bett gefesselt werden. Die oberen Extremitäten bleiben in der Regel, die von den Gehirnnerven versorgten Muskeln immer, von der Krankheit verschont, nur die Sehnenreflexe treten auch an den Armen auf. Dekubitus sowie Blasen- und Darm-Lähmungen treten nicht auf, so dass das Leben der Kranken nicht direkt durch ihr Leiden beendet wird. Die Symptome der Krankheit können bei ausgedehnteren Rückenmarksaffektionen natürlich auch kombinirt mit anderen vorkommen, namentlich bei Myelitis chronica und bei gewissen Formen von progressiver Paralyse der Irren. Die Erklärung der motorischen Parese ergibt sich aus der Thatsache, dass die Seitenstränge — wie oben erwähnt — die Bahnen für die willkürlichen Bewegungen enthalten. Dass es gewöhnlich nicht zu vollständiger Paraplegie kommt, wird aus der Beschränkung der Krankheit auf die hinteren Abschnitte der Seitenstränge erklärlich. Die motorischen Reizphänomene werden dabei durch den Reiz, welchen die chronische Entzündung des interstitiellen Bindegewebes auf die Nervenfasern übt, bedingt. Die erhöhte Reflexerregbarkeit ist wahrscheinlich auf den Ausfall der im mittleren Drittel der Seitenstränge verlaufenden Hemmungsfasern zurückzuführen. — Ueber die Aetiologie der Krankheit konnte Berger nichts Sicheres ermitteln. — Die Prognose ist bei der in Rede stehenden unter den chronischen Rückenmarks-Affektionen relativ am günstigsten, indem, wie erwähnt, das Leben direkt nicht gefährdet wird. In den Anfangsstadien erwies sich die Krankheit sogar der Therapie zugänglich, indem die Anwendung des galvanischen Stromes längs der Wirbelsäule in einigen Fällen Besserung herbeiführte. Dagegen warnt Verf. vor der peripherischen Applikation des galvanischen Stromes sowie vor der Faradisation. In einem seiner Fälle bewirkte Inunktionskur und der Gebrauch von Jodkali erhebliche Besserung. —

Das in den Geweben des Thierkörpers sich vorfindende Fett kann sowohl von einer direkten Anhäufung von Nahrungsfett als auch von Eiweiss abstammen, aus dem es sich im Körper abspaltet. Von vorneherein lässt sich erwarten, dass das mit der Nahrung zugeführte Fett sich vorwiegend im Mesenterium, im Unterhautbindegewebe, in den Knochen ablagern werde, während für das in den Geweben gebildete Fett eine hauptsäch-

e Anhäufung an dem Orte der Entstehung, in den Geweben, erwartet werden muss. Forster zu München hat es unternommen, e Voraussetzung durch Fütterungsversuche Tauben zu prüfen. Dieselben erhielten ichst sechs Tage lang 5—6 Grm. getrock-s, gepulvertes und mit Aether ausgezoge- also fettfreies Pferdefleisch. Diese vor-ige Fütterung diente dazu, die Thiere relativ geringem Verluste an Körpereiweiss lichst fettarm zu machen. Die eine Taube de nun getödtet und ihr Gesammtfettgehalt timmt. Von den beiden anderen erhielt eine etwa 20 Grm. Speck täglich, von dem Theil allerdings unverdaut entleert wurde, andere etwa 30—40 Grm. eines Gemisches Fleischpulver (2 Theile) und Stärkemehl (2.5 Theile). Sämmtliche Exkremente der Tauben wurden gesammelt. Da die zweite mit Speck gefütterte Taube nach 3tägiger Fütterung die Speckwürfelchen durch Erbrechen wieder zu entleeren begann, wurde sie getödtet; die andere, die „Stärketaube", wurde erst nach 10tägiger Fütterung getödtet. Die Tauben wurden zerstückelt und je sechs Gruppen von Organtheilen gebildet: Haut, Leber, Eingeweide, Muskeln, Knochen und Schädel (nebst Wirbelsäule und dem Inhalte beider). Von allen diesen Gruppen wurde das frische Gewicht, das Trockengewicht und der Fettgehalt (durch Extraktion mit Aether) bestimmt. Für den prozentigen Fettgehalt dieser Körpertheile ergaben sich so folgende Zahlen:

	Kontrolthier:	Specktaube:	Stärketaube:
Haut . . .	1.46	24.63	26.05
Leber . . .	3.76	2.93	2.44
Eingeweide .	1.54	25.1	4.84
Muskeln . .	0.67	3.00	2.46
Knochen . .	0.59	8.08	8.65
Schädel . .	2.08	5.5	4.45
Gesammttaube	1.04	6.48	6.04.

beim Kontrolthiere erhaltenen Aetherex-tte, die im Wesentlichen aus Cholestearin und Zersetzungsprodukten des Lecithins be-hen, müssen von dem Fettgehalte der Fütter-stauben abgezogen werden. Es ergibt sich nach: 1) ein erheblicher Fettansatz in den Tauben und 2) eine ziemlich gleich-sinige Vertheilung des Fettes unabhängig der Art der Fütterung, am stärksten in Haut und dem Unterhautzellgewebe, dem-chst in den Muskeln und Knochen. Auf-end erscheint es, dass der Fettgehalt der ber keinerlei Zuwachs zeigt, während sonst Leber nach den Versuchen von Frerichs, fmann u. A. allgemein als ein zur Fett-häufung sehr geeignetes Organes angesehen wird. Forster sucht seine Beobachtung durch folgende Betrachtungen zu erklären: Die Fettfütterung dauerte sehr kurze Zeit, es ist daher nicht wunderbar, dass sich das Fett zunächst im Fettgewebe des Mesenteriums anhäuft. Was das Fehlen der Fettanhäufung bei der Stärketaube betrifft, so nimmt Forster an, dass das Eiweiss in der Leber nicht wie in den Geweben Fett abspaltet, sondern Glykogen. — Man muss aus den Versuchen schliessen, dass das in den Geweben abgespaltete Fett nicht an dem Orte der Entstehung liegen bleibt, sondern an die Körperstellen wandert, an welchen es günstige Bedingungen für seine Persistenz findet. (Zeitschrift f. Biologie, XII S. 448 ff.) —

Dem jüngst erschienen Berichte der k. k. ankenanstalt Rudolf-Stiftung in Wien für s Jahr 1875 entnehmen wir die folgende itheilung des Primarius Dr. Mader dort-bst über dessen Erfahrungen mit Hegar's richterapparat. Dieser Apparat ist be-nntlich dazu bestimmt, Flüssigkeiten unter nem geringen und gleichmässigen Drucke den Darm einzuleiten, und besteht aus nem etwa $^1/_2$ Meter langen Kautschuk-chlauche, an dessen eines Ende ein Glas-richter und an dessen anderes Ende eine An-trröhre gesteckt wird. Letztere wird in den After geschoben und durch den Trichter die gewünschte Flüssigkeitsmenge eingegossen. Dadurch, dass man den Trichter hebt oder senkt, regulirt man den Druck, unter welchem die Flüssigkeit in den Darm einfliesst. Wie Hegar ermittelte, genügt bei völlig ruhiger Rückenlage eine Druckhöhe von 14 Ctm.; so hoch muss nämlich der Trichter über dem Anus gehalten werden. Einer noch kleineren Druckhöhe bedarf es in der rechten Seitenlage. In der Knie-Ellenbogen-Lage fliesst sogar das Wasser noch ein, wenn der Trichter tiefer steht als der Anus; die Druckhöhe

wird also negativ. Dieses Verhalten wird noch überraschender durch die grossen Mengen von Flüssigkeit, welche man bei dem gleichen niederen Drucke eingiessen kann, indem nur die subjektiven Beschwerden des Kranken endlich zum Aufhören des Eingiessens zwingen. — Die Anwendung des Trichterapparates und dessen Verwerthung und Benützung empfiehlt nun Mader auf Grund seiner eigenen Erfahrungen: „1) Zu Klystiren. In dieser Beziehung leistet er Alles, was die Klystirspritze leistet, hat aber vor ihr solche Vorzüge, dass dieses altehrwürdige Instrument durch ihn völlig überflüssig wird. Der Trichterapparat kommt viel billiger zu stehen, ist viel reinlicher zu halten, erlaubt es, beliebig grosse oder kleine Flüssigkeitsmengen unter beliebigem Drucke einfliessen zu lassen und, was nicht das Unwichtigste ist, seine Anwendung ist selbst in ungeübter Hand völlig ungefährlich, was bekanntlich von der Klystirspritze durchaus nicht immer gilt. Gewiss wird mit der Zeit dieser Apparat seinen Platz in jedem Familienhaushalte haben und das lästige Beiziehen einer Hebamme behufs eines Lavements überflüssig machen. Mit grösster Leichtigkeit kann man sich damit auch selbst klystiren. Auf meiner Abtheilung ist derselbe schon seit geraumer Zeit in ausschliesslicher Verwendung. — 2) Zum Eingiessen medikamentöser Lösungen bei Krankheiten des Dickdarmes fand ich bisher nur wenig Gelegenheit. Bei zwei dysenterieartigen Diarrhöen und bei einer chronischen versuchte ich systematisch wiederholt Eingiessung von Tannin- und Alaun-Lösungen mit aufmunterndem Effekte. So viel konnte ich dabei ersehen, dass der Apparat sich zu diesem Zwecke aus den oben angeführten Gründen ganz vorzüglich eignet. Es zeigte sich auch, dass der kranke Darm selbst so reichliche Eingiessungen, dass sie nachweislich wenigstens bis zum Blinddarme vordrangen, ohne zu grosse Beschwerde für den Kranken vertrug und dass also die Möglichkeit vorhanden ist, die Schleimhaut des ganzen erkrankten Dickdarmes mit medikamentösen Lösungen in länger dauernde Berührung zu bringen. 3) Die Ausspülung des Dickdarmes bei Bandwurmkuren nach Mosler's Vorschlag habe ich wiederholt versucht. Zur Zeit als der Kranke das Entleeren herannahen fühlte, wurde der Dickdarm mit Wasser gefüllt, das der Kranke nach Möglichkeit zurückhalten musste. Dadurch soll dem Bandwurme das Wiederfestsaugen verwehrt werden. Bisher ist erst einmal der Kopf mit dem Spülwasser gekommen. Mehr am Platze scheinen mir Eingiessungen mit kaltem Wasser oder verdünntem Knoblauchsafte oder dergleichen bei Oxyuris vermicularis. 4) Für die Zweckmässigkeit, Luft eintreibung bei Volvulus zu versuchen, kann ich zwar keine Erfahrungen am Lebenden anführen. Die Beobachtung an Leichen, dass in der angegebenen Art eingetriebene Luft mit Leichtigkeit in die dünnen Gedärme vordringt, spricht aber jedenfalls für ihre Berechtigung. 5) Dass Wasserinfusionen auch diagnostisch zur Bestimmung der Lagerung von Tumoren etc. von Werth sein können, habe ich erprobt, insoferne als bei einem Tumor abdominalis, der den Bauchwandungen direkt anzuliegen schien, nach der Anfüllung des Dickdarmes mit Wasser leicht zu konstatiren war, dass letzterer den Tumor bedeckte, derselbe also ein retroperitonealer Tumor war. — Ausserdem verwendete ich den Trichterapparat: 1) Zum Ausspülen des Magens nach dem Prinzipe des ungleichartigen Hebers. Es wird dabei einfach der Glastrichter in das freie Ende des Kautschukschlauches gesteckt, welcher mit der Schlundröhre verbunden ist. Die Prozedur wird dadurch eine sehr einfache. Man giesst die bestimmte Flüssigkeitsmenge durch den Trichterapparat in den Magen und lässt sie durch Senken der Kautschukröhre wieder ausfliessen. Besonderes Drängen von Seite des Kranken oder Ausziehen des Wassers mittelst Pumpen wird dabei überflüssig. 2) Zum Ausspülen der Harnblase mittelst Catheter à double courant, wobei die eine der beiden Mündungen mit dem Kautschukschlauch des Apparates verbunden wird. Die Harnblase kann in dieser Weise durch einen gleichmässigen Wasserstrom ausgespült werden. 3) Zum Ausspülen eines Pneumothorax in ähnlicher Weise wie beim Magen-Ausspülen". —

Bezüglich des Verhaltens der Innenfläche der Gebärmutter nach erfolgter Entbindung herrschten bis auf die letzten Jahre zwei Meinungen: nach der einen, welche Heschl vertritt, bleibt nach der Entbindung nichts von der Schleimhaut der Gebärmutter übrig, sondern liegt die Muskelhaut blos; nach der anderen von M. Duncan zumeist vertretenen Meinung wird nur ein Theil der Schleimhaut oder der Decidua abgestossen und bleibt eine weiche pulpöse Masse zurück.

Neuerlich hat nun Dr. Carl Friedländer in Strassburg Untersuchungen zur Lösung dieser Frage angestellt, denen zufolge nur die obere Schichte der Decidua während der Geburt abgestossen wird, während die den Drüsenapparat enthaltende untere Schichte in der Gebärmutter verbleibt. Man kann also die Uterusinnenfläche nach der Entbindung nicht mit einem frischen Amputationsstumpfe vergleichen (Cauveilhier), vielmehr könnte als ein Analogon eine leichtere Abschilferung der äusseren Haut gelten, bei welcher die Epidermis und der grösste Theil des Rete Malpighii und das Corpus papillare der Kutis sich abgetrennt hat. Die Resultate des Verf. wurden später durch die Untersuchungen von Kundrat und Engelmann (1873) und Langhans (1875) im Allgemeinen bestätigt. Letzterer nimmt an, dass der Riss in den oberen Lagen der Drüsenschicht vor sich gehe, Friedländer hat aber gefunden, dass die Trennung innerhalb der Decidua durch die Zellenschichte derselben geht, und neuere Untersuchungen haben diese Ansicht bestätigt. Bei der Untersuchung der Innenfläche des Uterus nach der Entbindung kommt es vor Allem darauf an, dass das Präparat möglichst frisch ist, da sonst die in der Gebärmutter zurückbleibende Flüssigkeit, ohne dass sie schon in Zersetzung übergegangen zu sein braucht, zerstörend auf die Schleimhaut einwirkt, so dass man dann öfter die nackte Muskelhaut vorfindet. Verfasser will übrigens nicht in Abrede stellen, dass bei der Entbindung die Zellenschichte und selbst die oberste Schicht der Decidua abgestossen werden könnte — zwei Fälle dieser Art hat er selbst beobachtet — jedenfalls aber gehören solche Vorkommnisse immer zu den Ausnahmen. Daher findet man auch in der ausgestossenen Decidua gewöhnlich nichts von Drüsensubstanz, sondern nur das grosszellige Decidualgewebe. Fände aber die Trennung in der obersten Drüsenschicht statt, wie Langhans will, so müsste man doch zuweilen etwas von derselben wahrnehmen. Eine scharfe Gränze zwischen Grosszellen- und Drüsenschicht lässt sich nicht ziehen. Denn erst in der letzten Zeit der Schwangerschaft gehen die Drüsen in den oberen Schichten der Decidua gänzlich verloren, sowohl ihr Lumen als auch das Epitel, und am Ende der Schwangerschaft findet man nur noch in den tiefsten Schichten der Decidua mit Epitelzellen ausgekleidete Drüsenräume. Ueber diesen lagert unmittelbar nach der Entbindung noch eine ziemlich mächtige, aber sehr schnell zu Grunde gehende Gewebsschicht. Ganz dieselben Verhältnisse finden sich übrigens auch an der Placentarstelle. Auch hier bleibt nach Ausstossung der Nachgeburt die mit einem kleinen Theile der Zellenschicht noch überzogene Drüsenschichte zurück. Der mattgraue Ueberzug der ausgestossenen Placenta ist nichts Anderes als der grössere Theil jener Zellenschicht. Unter besonderen Verhältnissen, so z. B. bei operativen Eingriffen, wie ein kurz mitgetheilter Fall lehrt, kann es geschehen, dass die ganze Zellenschicht der Decidua, also die ganze unversehrte Decidua, in der Gebärmutter zurückbleibt; an der Placentarstelle ist ein Intaktbleiben der Zellenschicht natürlicher Weise nicht denkbar. — Am Schlusse seiner Arbeit macht Friedländer noch darauf aufmerksam, dass durch weitere Beobachtungen eine frühere Angabe von ihm volle Bestätigung gefunden hat. In der letzten Schwangerschaftszeit tritt nämlich eine mehr oder minder vollständige Verstopfung vieler Uterinsinus an der Placentarstelle ein und zwar wird dieselbe durch eine Anhäufung von grossen, dunkel granulirten und theilweise viele Kerne enthaltenden Zellen (Riesenzellen) herbeigeführt. Diese Zellen liegen gruppenweise theils im Inneren der Uterinsinus, theils ausserhalb der Wandungen derselben, besonders unter der Endotellage, welche öfter durch den Zellenhaufen in das Lumen der Sinus bauchig vorgetrieben wird. Auf der Höhe der Hervorwölbung der Endotellage wird dieselbe verdrängt und die Zellenmasse tritt dann selbst in das Lumen herein. Hiernach scheint es ziemlich sicher, dass die Zellen nicht im Inneren des Sinus entstehen, sondern, und wahrscheinlich vermittelst Durchbohrung und Kontinuitätstrennung des Endotels, da die Zellen von beträchtlicher Grösse sind, von aussen her in den Sinus einwandern. Dieser Prozess findet bei jeder normalen Schwangerschaft Statt. (Archiv f. Gynäkologie, IX. 1. p. 22 ff.) —

Ueber das Vorkommen des Sehpurpurs schreibt Prof. W. Kühne an das Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften (vom 14. April 1877), was folgt: „In den letzten Veröffentlichungen von Schenk, Zuckerkandl u. A. über den Sehpurpur des menschlichen Auges geschieht der Vertheilung der Färbung weder für die Ora serrata noch für

den gelben Fleck und die Fovea centralis Erwähnung. In Uebereinstimmung mit meiner Beobachtung, dass die Zapfenaussenglieder der Thiere keinen Purpur erkennen lassen, fand ich die Hinterfläche der Macula lutea und der Fovea im Auge des Menschen und des Affen farblos. Wo die Zapfen sehr überwiegen, wie im nächsten Umkreise des gelben Fleckes, war der Purpur schwach entwickelt, ebenso da, wo die Stäbchen gesperrt stehen, in der Nähe der Ora serrata. Im menschlichen Auge war eine ringförmige Zone von 2 Mm., im Affenauge von etwa 1 Mm. hinter der Ora farblos, im ersteren ziemlich scharf gegen die recht tief purpurfarbenen hinteren Regionen abgegränzt. Schattirungen des Purpurs, welche der verschiedenen Farbenempfindlichkeit der menschlichen Netzhaut entsprechen könnten, waren nicht zu erkennen. — Die Untersuchung der menschlichen Retina geschah am Auge einer im Dunkeln Verstorbenen, nach 48 stündigem Verweilen der mit schwarzer Kopfbinde versehenen Leiche, die des Affenauges nach 24 stündigem Aufenthalte des lebenden Thieres (Macacus cynomolgus) im Dunkeln und nach Erhärtung in Alaun. Letzteres war nothwendig, weil die Retina sich aus dem frischen Auge nicht unversehrt abziehen liess. Die purpurfreien Stellen zeigten sich jedoch kontinuirlich mit Aussengliedern besetzt. — Die Netzhaut albinotischer Lachtauben, mit tief rubinrother Pupille, fand ich nicht verschieden von der anderer Tauben: die Zapfen enthielten die bekannten Pigmentkugeln, die Stäbchen keine erkennbare Spur von Purpur, für die Eule (Athene noctua und Aluco stridula) habe ich **Max Schultze's** Angaben über den Purpur zu bestätigen. Die erstere Art, mit den längsten Stäbchen, dürfte die gesättigtste Purpurfärbung besitzen, welche überhaupt vorkommt; die Farbe spielt stark in's Bläuliche oder Violette, wird am Lichte schnell tief orange und bleicht weiter sehr langsam aus. An den Zapfenkugeln war hier gar keine Färbung zu sehen. Den Purpur der zweiten Species fand ich ebenfalls bläulich, jedoch bedeutend blasser und streifig, ungleichmässig vertheilt; die blasseren Stellen waren reich an Zapfen, worunter die meisten sehr schwach gelbliche bis farblose, manche intensiv gelbe, selbst orange und schwach röthliche Kugeln enthielten. Der Purpur des Waldkauzes ging am Lichte durch hell Chamois, nicht durch Orange, in Weiss üb In der Retina eines Thurmfalken fand ich d purpurfarbenen Stäbchen auf solche Stell beschränkt, die wenig Zapfen oder solche m farblosen oder sehr schwach gefärbten Kugel enthielten. Wo sich rothe, gelbe und gel grüne Kugeln führende Zapfen in einig Menge befanden, waren die umstehenden Stäb chen farblos, die Purpurfärbung im Ganz daher streifig und fleckig. Allem Anschein nach tritt im Vogelauge der Sehpurpur u so mehr zurück, je reicher die Retina an far bigen Absorptionsmitteln ist, am wenigste bei den Nacht- und Raub-Vögeln, gänzlic bei der Taube und dem Huhn". —

Dr. Goldzobel hat die Wirkung de **Eucalyptol**, des bei 170—178° C. über destillirenden Theiles des durch Destillatio aus den Blättern gewonnenen Oleum Euca lypti, dessen Zusammensetzung (ob sauer stoffhaltig oder nicht) noch streitig ist, unte stetigen Parallelversuchen mit Chinin auf d Speichel- und Magensaft-Ferment geprü Ersteres wurde weder vom Eucalyptol noc vom Chinin wesentlich alterirt, letzteres w vom Chinin, während Eucalyptol als wirk ungslos sich erwies. Viel wirksamer als Chini erwies sich das Eucalyptol als fäulnisswidrig Mittel und verdient daher bei gangränös und septischen Wunden angewendet zu wer den, bei welchen schon **Gimbert** und **De marquay** ausgezeichnete Erfolge davo sahen. Auch die Harngährung hält es au wirkt zwar nicht so intensiv wie Chinin, abe extensiver, d. h. auf längere Zeit, und so innerlich genommen sowohl die Menge de Harns wie die des Harnstoffes steigern. Di fieberwidrigen Eigenschaften des Eucalypt sind bedeutend geringer als die des Chinin der Temperaturabfall ist nicht so intensi und die normale resp. die erhöhte Tempera tur stellt sich rascher wieder her als nac dem Gebrauche von Chinin. (Petersb. medi Wochenschr., 1876, 22.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlange
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 18. *Erlangen*, am 5. Mai 1877.

Wöchentlich
1 Bogen von
8 Quartseiten.
Preis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Die Miliartuberkulose des Pharynx. Abhängigkeit der Schweissabsonderung vom Nervensystem. Zur Pharmakologie des Jod. Ueber Epilepsie. Fall von Thrombose des Penis. Fall von Verbrennung mit vollständiger Hemiplegie und Hemianästhesie. Ueber Seebäder und inneren Gebrauch des Seewassers. Vereinfachte Methode der chemischen Trinkwasser-Untersuchung. Ueber Facialislähmung.

Von Miliartuberkulose des Pharynx — einer Affektion, welcher bereits O. Weber, E. Wagner und ganz besonders Isambert Aufmerksamkeit geschenkt haben, veröffentlicht Dr. B. Fraenkel zu Berlin neuerlichst sechs von ihm selbst beobachtete Fälle. In denselben fanden sich neben phthisischen Erscheinungen in den Lungen und in anderen Organen sowie neben allgemeiner Miliartuberkulose noch tuberkulöse Geschwüre im Schlundkopfe; in einem Falle zeigten sich am Zäpfchen hirsekorngrosse und noch grössere Knötchen neben Lentikulargeschwüren am weichen Gaumen. Die Frage, warum sich in diesen Fällen die Tuberkulose gerade im Schlundkopfe lokalisirte und ob diese Pharynxtuberkulose die primäre ist, kann Verf. auf Grund seiner Beobachtungen nicht entscheiden. In allen seinen Fällen waren die Lungen gleichzeitig krank; nur Isambert beobachtete Fälle, in welchen die Lungen und die übrigen Organe gesund waren. — Was die Häufigkeit der Pharynxtuberkulose anlangt, so pflichtet Fraenkel dem Ausspruche von E. Wagner bei, dass diese Affektion weniger selten ist, als man nach den spärlichen pathologisch-anatomischen und klinischen Beschreibungen vermuthen sollte; jedoch ist sie immerhin eine relativ seltene in Hinsicht auf die Häufigkeit der Tuberkulose überhaupt. Verf. beweist letztere Behauptung statistisch auf Grund der Sektionsprotokolle des Berliner pathologischen Institutes über an Phthisis und Tuberkulose im Jahre 1865 und 1866 Verstorbene. Unter 1085 Sektionen treffen 150 Fälle von Phthisis oder Tuberkulose und unter diesen allen wird nur in einem einzigen Falle das Vorkommen tuberkulöser Geschwüre im Pharynx erwähnt. Navratil erwähnt unter 246 Fällen von Ulzerationen im Larynx oder Pharynx, von denen 162 der Tuberkulose, 44 der Syphilis, 30 der Skrophulose und 1 dem Typhus angehörten, 20 Male bei tuberkulösen Ulzerationen des Schlundkopfes, ohne dabei auf die wirklich tuberkulöse Natur derselben hinzuweisen. — Pathologische Anatomie. Bei den bisher zur Sektion gekommenen Fällen wurde allgemeine oder wenigstens weit verbreitete Miliartuberkulose gefunden. Die Geschwüre im Pharynx haben einen ausgesprochen tuberkulösen Charakter, sie sind ächte Lentikulargeschwüre, mehr in die Fläche ausgebreitet als tief dringend, zeigen einen käsigen oder speckigen, nur zuweilen und dann nur stellenweise granulirten Grund. Die Ränder sind unregelmässig und ausgefressen und ebenfalls theils speckig, theils käsig oder von nur geringem Entzündungshofe umgeben. In der Nachbarschaft der Geschwüre finden sich gewöhnlich in spärlicher Anzahl einzelne graue, meist submiliare Knötchen; da, wo diese dichter stehen und konfluiren, erscheint dem blossen Auge eine graue sogenannte speckige Infiltration, über welche spiegelnd die obersten Lagen des Stratum epiteliale unverändert hinwegziehen. Fraenkel's mikroskopische Untersuchung bestätigte im Allgemeinen die

über diesen Gegenstand vorliegenden Angaben. Bei seinen Fällen waren die Lymphdrüsen, besonders am Halse, mehr oder weniger erheblich geschwollen; bei den Sektionen wurde hier Hyperplasie und Einsprengung von grauen Knötchen gefunden. — Symptomatologie. Subjektiv wird von allen Kranken über Schmerzen von mehr oder minder grosser Heftigkeit im Schlunde, beim Schlingen und auch spontan geklagt. In einzelnen Fällen traten beim Schlucken heftige stechende Schmerzen im Ohre auf. Verf. glaubt, dass es sich hierbei lediglich um perverse Empfindungen handelt, die durch den Nervus Jacobsonii und glossopharyngeus vermittelt werden, gerade so wie umgekehrt in der Paukenhöhle durch operative Eingriffe erzeugte Schmerzen in den Pharynx verlegt werden. Weiter ist immer ein Schluckhinderniss vorhanden und von den Schmerzen zum Theile abhängig. Die Patienten fürchten sich zu schlingen und die Schlingerschwerung dauert über den Schlingakt selbst fort. Verf. glaubt diesen Umstand auf eine seröse Durchtränkung und selbst auf eine tiefere parenchymatöse Erkrankung der Muskeln beziehen zu können, besonders da die mikroskopische Untersuchung das Eindringen der kleinzelligen Infiltration bis zwischen die Muskellagen und trübe Schwellung derselben nachgewiesen hat. Feste Speisen konnten meistens, wenn die Geschwüre nur etwas umfänglich waren, gar nicht mehr geschluckt werden und flüssige Speisen regurgitirten häufig durch Mund und Nase. Die Krankheit gibt nach Isambert das grösste Schluckhinderniss ab, welches beobachtet wird, was jedoch Verf. nicht so exklusiv behaupten möchte. Der Marasmus steigt aber aus diesem Grunde immer rapider. Die objektiven Symptome bilden hauptsächlich die bereits beschriebenen Geschwüre, welche meist an den Seitenwandungen des Pharynx sitzen, sich von hier sowohl auf die Gaumenbögen und die hintere Rachenwand wie auf das Velum palatinum verbreiten und in ihrem Fortschreiten mehr die quere Richtung als die Richtung der Körperachse einzuhalten pflegen. Der Oesophagus scheint nicht befallen zu werden, die Geschwüre schnitten bei den zur Sektion gekommenen Fällen wenigstens hier mit scharf markirtem Rande ab. Einmal griffen sie in die Pars nasalis pharyngis und auf die nasale Fläche des Gaumensegels über. Meist konnte Fraenkel alle Stadien der Entwicklung der Ulzerationen an demselben Individuum verfolgen, vom grauen, isolirten oder konfluirenden Knötchen bis zum Zerfalle der Neubildung und bis zur schliesslichen käsigen Ulzeration. Auch diese hatte keine Neigung in die Tiefe zu dringen. Bleibt das Zäpfchen von der Tuberkulose frei, so erscheint es atrophisch, klein und knopfförmig; wird es befallen, so wird es bis daumendick, von harten bis linsengrossen Knötchen durchsetzt — ein Verhalten, welches Isambert veranlasst, den Schlundkopf mit seinen Bögen und der dicken knotigen Uvula in der Mitte mit einer Tropfsteinhöhle zu vergleichen. An manchen Stellen zeigt sich Hypertrophie des Gewebes und besonders in der Gegend der Tonsillen bilden sich polypenförmige Exkrescenzen. Interessant ist, dass Verf. bei einem seiner Fälle am Gaumensegel an einer bisher gesunden Stelle graue Knötchen aufschiessen sah und deren Zerfall und Weiterentwicklung zu einem Geschwüre direkt verfolgen konnte. Es war also das Knötchen primär und die Ulzeration ging sekundär aus dessen Zerfall hervor. Diese Beobachtung ist nur am Pharynx so leicht zu machen und Verfasser verspricht sich daraus noch weitere Früchte für die Lehre vom Tuberkel. Die Geschwüre breiteten sich in vielen Fällen auf Zungengrund und Zungenrücken aus. Auch an den Lippen und dem vorderen Theile des Zungenrückens wurden tuberkulöse Geschwüre beobachtet. In anderen Fällen gingen aber wieder die Geschwüre an der Zunge der Pharynxtuberkulose voraus (Isambert). Eigenthümlich ist, dass bei allen bisher beobachteten Fällen die Pharynxtuberkulose sich erst auf den bis dahin freien Kehlkopf ausbreitete und dort als tuberkulöses Geschwür, namentlich des oberen Kehlkopfes, verlief. Das bei vorgeschrittener Pharynxtuberkulose nie fehlende hohe Fieber ist von sehr unregelmässigem Charakter, ähnelt anfangs zuweilen einem Typhus und nimmt zuletzt den hektischen Tpus an. — Differentialdiagnose. Eine Verwechselung mit Diphtherie, Soor, Angina follicularis u. A. ist nicht möglich, ebensowenig mit den gutartigen Geschwüren: Aphthen, Follikulargeschwüren u. s. w. Der seltene Lupus unterscheidet sich von der Tuberkulose durch die Grösse der Knötchen, durch die Tiefe der Geschwüre, deren geringe Schmerzhaftigkeit und die begleitenden Erscheinungen. Die sog. skrophulösen Geschwüre sind schon schwerer von den tuberkulösen zu unterscheiden. Namentlich können die in der Umgebung der skrophulösen Geschwüre auftretenden gelben Flecke zu Täuschungen Anlass geben.

Genauere Betrachtung zeigt aber, dass keine grauen oder käsigen Knötchen, sondern Abscesse, vorhanden sind, deren Eiter freilich häufig eingedickt ist. Ueberdies greifen die skrophulösen Geschwüre mehr in die Tiefe, haben scharfe, mehr angefressene Ränder und folgen meist der Längsachse des Körpers. Leicht kann aber die Pharynxtuberkulose mit Syphilis verwechselt werden. Die Lymphdrüsen-Anschwellungen, die Ausbreitung der Geschwüre auf Zunge, Wangen, Lippen, Kehlkopf, die Affektion der Hoden kommen bei beiden Krankheiten vor. Dazu kommt noch als erschwerend, dass Tuberkulose bei Syphilitischen häufig genug vorkommt, so dass Zeichen abgelaufener Syphilis bei Vorhandensein von Pharynxgeschwüren keineswegs einen Beweis für die syphilitische Natur dieser Ulzerationen abgeben. Aehnlich ist es umgekehrt; denn ein Phthisiker kann syphilitisch werden und syphilitische Geschwüre im Pharynx bekommen. Ueberdies gibt es Fälle, bei denen Syphilis in den Lungen den Verdacht auf Phthisis erweckt, so dass man etwa vorhandene Larynx- und Pharynx-Geschwüre für tuberkulös halten kann. Verf. erwähnt einen Fall, bei dem erst die Nützlichkeit der antisyphilitischen Therapie zeigte, dass die Erkrankung der Lungen und des Kehlkopfes syphilitischer Natur war. Wichtig für Entscheidung der Frage, ob Tuberkulose oder Syphilis, ist nach Verf. das Vorhandensein von Choroidealtuberkeln. Einigen Anhalt für die Diagnose gibt jedoch immerhin die Anamnese. Die sicherste Stütze für die Annahme von tuberkulösen Geschwüren bildet nach Fraenkel und Isambert aber der oben beschriebene Charakter dieser Geschwüre, so dass der, welcher dieselben ein Mal gesehen hat, sie nicht mit anderen Geschwüren verwechseln kann. — Verlauf. Die Pharynxtuberkulose führt meistentheils in verhältnissmässig schneller Zeit zum Tode. Der Tod erfolgt durch Erschöpfung, bedingt durch Substanzverluste, Fieber und die Schwierigkeiten der Ernährung. Die Behandlung muss sich auf eine möglichst gute Ernährung beschränken. Adstringentien, lokal angewendet, nützen nichts. Isambert sah günstigen Einfluss von Bepinselungen mit Morphiumglyzerin. — Die Miliartuberkulose des Schlundkopfes ist somit nach dem Gesagten eine Krankheit, welche entweder anscheinend gesunde oder schon an Phthisis anderer Organe erkrankte Personen betrifft. Sie setzt Eruption grauer Knötchen im Pharynx, die zu den wohl charakterisirten Lentikulargeschwüren führen und sich mit verbreiteter Miliartuberkulose vergesellschaften. Die Kranken gehen rasch an Erschöpfung zu Grunde. (Berliner klinische Wochenschrift, 1876, 46. 47.) —

Im Archiv f. d. gesammte Physiologie, XIV, 8 u. 9, p. 369 ff., theilt Dr. B. Luchsinger Versuche über die Abhängigkeit der Schweiss-Absonderung vom Nervensystem mit, welche sich an eine schon früher von ihm an jungen Katzen gemachte Beobachtung anschliessen, wonach sogar in der ersten Zeit nach Amputation eines Beines durch Reizen gewisser Nerven dasselbe zum Schwitzen gebracht werden kann. Da diese Thatsache aber auch so gedeutet werden konnte, dass es sich dabei nicht um eine wirkliche Sekretion, sondern nur um Herausdrücken schon vorher gebildeten Sekretes durch die Kontraktion glatter Muskelfasern handelt, so mussten neue Versuche zwischen diesen beiden Möglichkeiten entscheiden. Wird an einer Katze der blossgelegte Nervus ischiadicus in kleinen Intervallen mit tetanisirenden Strömen 30 Minuten lang gereizt, so erneuert sich der hervortriefende Schweiss, so oft man ihn auch abwischt, gleichwohl immer wieder. Denselben Versuch kann man 15—20 Minuten lang auch am amputirten Beine anstellen. Atropin hemmt schon in sehr geringen Gaben diese Absonderung. Bringt man eine Katze, bei welcher ein Nervus ischiadicus durchschnitten ist, in Schweiss erregende Bedingungen, so tritt an der Pfote mit durchschnittenem Nerven nie eine Spur von Schweiss auf, während an den gesunden Pfoten das Schwitzen im vollen Gange ist. Auch durch Drücken der gelähmten Pfote gelingt es nicht, auch nur eine Spur Schweiss herauszupressen. Hiermit ist in der That bewiesen, dass die Aktion der Schweissdrüsenzellen durch Erregung bestimmter Nerven — der Sekretionsnerven — ausgelöst wird und so lange in Ruhe bleibt, als diese Nerven nicht erregt werden. Ueber den näheren Verlauf derselben hat Verf. durch Versuche festgestellt, dass sie mit den zwei bis drei letzten Wurzeln des Brustmarkes und den vier ersten Wurzeln des Lendenabschnittes das Rückenmark verlassen, dann sich dem Bauchstrange des Sympathikus beigesellen und aus diesem im weiteren Verlaufe zum Nervus ischiadicus gelangen. Im

unteren Theile des Brustmarkes und im Lendenmarke sind die Centren für die Schweissabsonderungsfasern der Hinterpfote zu suchen. Nach Durchschneidung des Rückenmarkes zwischen dem achten und neunten Brustwirbel kann durch bestimmte Eingriffe an den Hinterpfoten noch Schwitzen hervorgerufen werden. Dieses hört aber sofort auf, sobald dieser untere Theil des Rückenmarkes zerstört wird. — Auch wenn der Einfluss des Gehirnes auf die Schweisscentren der Hinterpfote mittelst Durchschneidung des Rückenmarkes oberhalb derselben oder durch Ausrottung der Grosshirnhemisphären oder durch Abtödtung des Hirnes mittelst Unterbindung der vier Halsarterien aufgehoben war, konnte durch Erhitzen des Thieres, Ersticken, Vergiften mit Nikotin eine Schweissabsonderung in den Hinterpfoten hervorgerufen werden. Dasselbe gelang auch noch oft, wenn ausserdem alle hinteren Wurzeln des unteren Rückenmarksabschnittes durchschnitten waren, zum sicheren Beweise dafür, dass die oben genannten Einflüsse auf die Schweisscentren direkt und nicht reflektorisch reizend einwirken. Dagegen konnte zuweilen wirklich reflektorisch durch Reizung der centralen Stümpfe des Nervus ischiadicus der anderen Seite, des Nervus peronaeus und cruralis derselben Seite Schwitzen hervorgerufen werden. — Zum Schlusse hebt Luchsinger hervor, wie manche pathologische Erfahrungen über die Schweissabsonderung mit seinen Versuchen im Einklang stehen. Auf eine Temperaturerhöhung des Blutes sehen wir oft Schweiss auftreten, wenn nur die Erregbarkeit des Nervensystemes nicht geschädigt ist. Der Schweiss fehlt trotz der heissen Haut, wenn allgemeine Depression oder Sopor die gesunkene Energie des Nervensystemes anzeigen. Erst wenn dann das Fieber wieder im Sinken ist, bricht Schweiss aus. Bei Fällen von Entzündung des Lendenmarkes fehlt oft jede Schweissabsonderung am Unterkörper, ebenso zuweilen bei Tabes dorsalis. Mit eintretender Besserung tritt dann der Schweiss wieder ein. Die beim Asthma, bei Phthisikern, bei der Ohnmacht zu beobachtenden Schweisse dürften auf die gesteigerte Venosität des Blutes zu beziehen sein. Das Schwitzen bei epileptischen und eklamptischen Anfällen ist wohl der Koëffekt derselben Ursache, welche den Anfall selbst hervorruft. Auch von Reflexschweissen existiren Beispiele in der Pathologie, z. B. bei Neuralgie des Trigeminus. Durch starke sensible Reizung der Mundschleimhaut kann bei manchen Personen Schwitzen im Gesichte hervorgerufen werden. —

Prof. R. Boehm und Dr. Fr. Berl liefern im Archiv f. experim. Path. u. Pharm V, 4 u. 5, wichtige Beiträge zur Pharmakologie des Jod. Auf Grund der Untersuchungen Magendie's und Duroy's nahm man behanntlich allgemein an, dass Jod durch Wasserstoffsubstitution mit Eiweiss eine Verbindung eingehe. Die Verfasser stellten zur Kontrole dieser Annahme Versuche mit verdünntem genuinem Hühnereiweiss, welches aus Büretten verschiedene Mengen Jodtinktur oder Jod-Jodnatriumlösung zugesetzt wurden an. Sowie der gelbe oder braune Tropfen der Jodlösung die Eiweisssolution berührt verschwindet seine Farbe und bei einigen massen konzentrirter Jodlösung bilden sich kleine flockenförmige Gerinnsel. Wiewohl man, nachdem das zugefügte Jod anscheinend eine bleibende Gelbfärbung der Eiweisslösung hervorgerufen hat, nach halbstündigem Stehenlassen der bedeckten Lösung wiederholt aber malige Entfärbung und auf Jodzusatz neue Gelbfärbung beobachten kann, so ist doch das Vermögen des Albumin, Jod aufzunehmen, keineswegs ein unbegränztes; vielmehr tritt in allen Fällen ein Zeitpunkt ein, in welchem sich die Mischung dauernd gelb färbt d. h. freies Jod in derselben enthalten ist. Metallisches sowohl als gasförmiges Jod verhalten sich dem Eiweiss gegenüber genau ebenso. Uebersättigte wie farblose, mit wenig Jod versetzte Eiweisslösungen bleiben 24 bis 36 Stunden klar, trüben sich jedoch alsdann unter Bildung eines feinkörnigen Niederschlages, dessen Menge derjenigen des zugesetzten Jod adäquat ist. Bei dieser Bindung einer bestimmten Menge Jod durch Eiweisslösungen in der Weise, dass Jod durch die gewöhnlichen Reagentien nicht mehr nachweisbar ist, konnte man offenbar eben so gut daran denken, dass die Jodbindung lediglich von dem in genannten Lösungen stets vorhandenen freien Alkali vollzogen werde; weitere Versuche müssen über diese Alternative entscheiden. Jedenfalls wird aber Mialhe's Hypothese, dass Jod in solchen Fällen erst, nachdem es alles Alkali im Eiweiss gesättigt, das Eiweiss zur Gerinnung bringe, dadurch unhaltbar, dass die Jod-Eiweisslösung nach wie vor alkalisch reagirt, selbst dann, wenn mit Jod übersättigt worden

Gleichzeitig beweist diese Fortdauer der alischen Reaktion, dass eine Entziehung Wasserstoff aus dem mit freiem Jod in rührung kommenden Wasser, beziehungsise Bildung von Jodwasserstoffsäure in Eiisslösungen nicht zu Stande kommt. Es ss in letzteren etwas vorhanden sein, was wohl die Sättigung der freien Alkalien als ch die Bildung von Jodwasserstoff hindert. ese Rolle müssen die im Hühnereiweiss rhandenen Alkalienverbindungen übernehn, weil dialysirte oder genau neutralisirte weisslösungen nach Jodzusatz unter Jodsserstoffbildung sauer reagiren, sich unich früher als genuine dauernd gelb färben d rascher voluminösere, aus koagulirtem weiss bestehende Niederschläge fallen lasn. Wahrscheinlich veranlasst die Zersetzg des Eiweisses durch Jod die Säurebildg; denn dieselbe erfolgt unter den angebenen Bedingungen (Dialyse etc.) weit cher und reichlicher, als wenn Jod einfach f destillirtes Wasser einwirkt. Eine Subtution von Wasserstoff-Atomen durch Jodome bei der Vereinigung des Jod und Eiisses ist hierdurch sehr unwahrscheinlich, Bindung von Jod durch Eiweiss durch Alkalien des letzteren geradezu unhaltr. — Wenn Jod und Eiweiss festere Verdungen mit einander eingehen, dürfte ein ebergang des ersteren auch in die unlösche Modifikation des letzteren vermuthet rden. Jodalbuminlösungen werden durch lle Mittel, welche genuines Eiweiss koagulen, ebenfalls gefällt und tritt bei Gerinnng des Jodalbumin durch Kochen oder Alhol niemals freies Jod auf, so dass man nehmen könnte, Eiweiss halte Jod auch ch der Gerinnung fest. Dem ist aber nicht ; vielmehr ist die Verbindung, weil man rch lange fortgesetztes Auswaschen mit Wasser alles Jod aus dem Koagulum entfernen nn, eine sehr lockere, vielleicht rein mechaische. Hierfür spricht auch die weitere Thatsache, dass Jod bei der Dialyse nicht mit dem Eiweiss im Dialysator zurückbleibt. Das durch Dialyse oder Koagulation frei gewordene Jod bildet mit den ebenfalls ausgeschiedenen Alkalien des Eiweisses Jodüre oder Jodate. Auch krystallisirtes Hämoglobin, ohne seiner charakteristischen Eigenschaften verlustig zu gehen, Leimlösungen und Harn — dieser wegen seines Gehaltes an Harnsäure — binden Jod; Harnstoff, Kreatinin, Kreatin, Hippur- und Benzoësäure dagegen nicht. — Aus einer Reihe von Versuchen, welche zur Feststellung der Symptome des akuten Jodismus an Hunden vorgenommen wurden, ergibt sich, dass 0.75—0.80 Grm. Jodnatrium pro 1 Kilo Körpergewicht in eine Vene gebracht, Hunde innerhalb 12—36 Stunden tödten. Innerhalb der ersten 6—8 Stunden verhalten sich die Thiere, von ein- oder mehrmaligem Erbrechen abgesehen, ganz wie gesunde; dann aber werden rasch zunehmende Mattigkeit und Schwäche, Dyspnoe und die Erscheinungen des Lungenödems, an welchem die Thiere sterben, wahrnehmbar. Durch Kontrolversuche (Injektion von 8.0 Chlornatrium in 50 Wasser in eine Vene) überzeugten sich die DD. Boehm und Berg davon, dass nicht die Wirkungen der Einspritzung grosser Mengen eines Salzes, sondern spezifische Jodwirkungen vorlagen. Eine von E. Rose in zwei Fällen nach Jodeinspritzung in Ovarialkysten beobachtete Ausscheidung von Jod durch den Magen fand nach den Untersuchungen der Verfasser (mittelst des von Hilger angegebenen Reagens) nicht statt, wohl aber durch die Nieren. Der jodhaltige fünf mal so viel Jod als das Erbrochene (wozu der verschluckte jodhaltige Speichel zu rechnen ist) enthaltende Harn war bei Einspritzung Lugol'scher Lösung blutig und es ergab die Obduktion beziehungsweise die mikroskopische Untersuchung der unter Hämaturie verstorbenen Hunde, dass die gewundenen Harnkanälchen der Rinde mit blutgefärbten Detrituskörnern oder Blutkörperchencylindern angefüllt waren. Letztere nahmen an Zahl um so mehr zu, je mehr man sich den Nierenpapillen näherte. Epitel und Kapillaren waren überall intakt, so dass die Verfasser eine Blutung per diapedesin statuirten. Dagegen war in den Kapselräumen der Glomeruli keine Spur eines Blutergusses nachweisbar, eine Thatsache, welche die Verfasser als Bestätigung der Heidenhain'schen Theorie der Harnabsonderung deuten. Das Exsudat in der Pleurahöhle war nach Einspritzung Lugol'scher Lösung ebenfalls blutig tingirt, nach Jodnatriuminjektion dagegen klar. Schliesslich bemerken die Verfasser, dass sie weder Kontraktion der Kapillaren noch Aenderung des Blutdruckes nach Jod- oder Jodnatrium-Einspritzung konstatiren konnten, jedoch darin mit E. Rose übereinstimmen, dass Jod die Funktionen des Nervensystemes kaum merklich alterirt. —

Aus den bisherigen experimentellen Forschungen wie aus den anatomischen Veränder-

ungen, die man in einzelnen Fällen von Epilepsie fand, endlich aus der Thatsache, dass selbst bei einer viele Jahre bestehenden Epilepsie vollständige Heilung eintreten kann und demnach sogar in solchen Fällen nur funktionelle Störungen vorhanden sein können, geht nach C. F. Kunze zu Halle, abgesehen von der sonstigen Unklarheit ihrer Pathogenese, so viel hervor, dass die Epilepsie ein Symptom der verschiedenartigsten Zustände in den Centralorganen ist. An den Erscheinungen des Einzelfalles können wir allerdings noch nicht erkennen, ob wir eine Epilepsie mit irreparablen Veränderungen vor uns haben, oder eine solche, die auf blossen funktionellen Störungen beruht; selbst in erblichen Fällen haben wir kein zweifelloses Urtheil, obgleich in denselben meistentheils eine Heilung seltener ist, wenn sie auch hier zuweilen vorkommt, woraus hervorgeht, dass auch hier nur funktionelle Störungen zu Grunde liegen können. Ferner geht aus der Erfahrung, dass, je länger eine Epilepsie besteht und je mehr sie Anfälle gemacht hat, um so weniger eine Aussicht auf Heilung vorhanden ist, hervor, dass schliesslich die funktionellen Störungen anatomische und irreparable Veränderungen zur Folge haben können. Für die Therapie ergibt sich aus diesen Erfahrungen, dass der epileptische Kranke so schnell wie möglich in Behandlung kommen muss, noch in den Zeiten, in denen es sich nur um funktionelle Störungen in den Centralorganen handelt, dass selbstverständlich nur in diesen eine Heilung möglich ist, und ferner, dass wir diejenigen antiepileptischen Mittel sofort in Anwendung bringen, bei welchen erwiesenermassen Heilungen beobachtet sind. Seit neun Jahren wendet nun Kunze das Curare gegen Epilepsie in folgender Formel an: Curare 0.5, Aq. destill. 5.0, Acid. muriat. gtt. II. DS: in Zwischenräumen von 5—7 Tagen bei Erwachsenen eine Einspritzung von 8 Tropfen zu machen. Eine besondere Diät lässt er gewöhnlich nicht halten, nur Bier, Wein und andere alkoholische Getränke meiden. — In sehr hartnäckigen Fällen schien ihm reine Milchdiät die Kur zu befördern. Irgend welche narkotische Erscheinungen hat er bis jetzt in keinem Falle beobachtet. Die Kranken gingen während der Kur immer ihren Lebensbeschäftigungen wie gewöhnlich nach und wurden darin in keiner Weise gestört. — Von 35 Patienten, welche er bis jetzt mit Curare behandelt hat, hat Kunze in neun Fällen einen radikalen Erfolg erzielt. Die Krämpfe sind dauernd weggeblieben. Manche dieser Kranken hatten schon alle möglichen Behandlungsarten durchgemacht, namentlich auch meistens Bromkali gebraucht. Kranke, auf deren geistige Verfassung die Epilepsie schon einen nachtheiligen Einfluss ausgeübt hatte, wurden wieder geistig fähig nach Heilung der Epilepsie. Dabei gab die geistige Schwächung kein sicheres Kriterium ab, ob der Erfolg ein positiver oder negativer sein würde; auch geistig Geschwächte wurden noch geheilt. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1877, Nr. 9.) —

Clement Lucas, chirurgischer Assistent am Guy's Hospital zu London, beobachtete an einem 23jährigen kräftigen, plethorischen, verheiratheten Manne eine Thrombosis penis (nach seiner Meinung der erste beschriebene Fall). Der Patient verbrachte mit einem Mädchen zwei Tage und zwei Nächte und verliess sie dann mit einem unangenehm spannenden Gefühle im Penis und der Furcht, angesteckt worden zu sein. Nach seiner Angabe fühlte er Tags darauf Schmerz und Jucken längs der rechten Seite des Penis und bemerkte daselbst einen rothen Streifen, der von der Wurzel desselben bis zum Präputium zog. Am dritten Tage schwoll die Vorhaut und vordere Hälfte des Gliedes bedeutend an und Patient sah sich hierdurch veranlasst, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Am vierten Tage sah Lucas den Kranken: der ganze Penis war geschwollen, ödematös und die Vorhaut liess sich nicht zurückziehen; zwischen dem Rücken des Gliedes und dessen rechter Seitenfläche zeigte sich ein rother, hart anzufühlender, rabenfederkieldicker Strang, der von der Vorhaut bis zur Wurzel des Gliedes sich erstreckte; die Leistendrüsen zeigten keinerlei Schwellung, dagegen waren die oberflächlichen Schenkelvenen varikös erweitert. Zwischen Vorhaut und Eichel war, soweit die durch die Schwellung bedingte Phimosis die Untersuchung gestattete, keinerlei Exkoriation, Geschwür oder Eiter zu entdecken, auch fehlte jeglicher Ausfluss aus der Harnröhre. — Verfasser verordnete Bleiwasserumschläge und legte einen Verband an, der das Glied gegen den Unterleib fixirte. Nach fünf Tagen hatte die ödematöse Schwellung insoweit abgenommen, dass eine Retraktion der Vorhaut ermöglicht und das Fehlen von Exkoriationen, Geschwü-

n oder Narben an Eichel, Sulcus und
rhaut konstatirt werden konnte. Der Strang
ar noch deutlich zu fühlen, doch war die
the Farbe desselben fast erblichen. Eine
Woche später war das Oedem völlig ge-
chwunden, der Strang kaum mehr zu fühlen.
as Fehlen jeder Exkoriation und aller Ge-
chwüre, der normale Zustand der Leisten-
rüsen, die hochgradige ödematöse Schwell-
ng liessen eine Lymphangioitis ausschliessen
nd die Entzündung einer oberflächlichen
äckenvene des Gliedes mit folgender Throm-
ose derselben annehmen. Diese Ansicht
ird noch durch den Zustand der Schenkel-
enen und die Angabe des Kranken, dass die
Rede stehende Vene stets strotzend und
ominent gewesen, unterstützt. (Practitioner,
877, January.) —

Dr. Duret theilt in der Gaz. de Paris, 876, folgenden durch eine komplete Hemi-legie und Hemianästhesie ausgezeichneten all von Verbrennung aus der Klinik des rof. Verneuil mit: Ein 33jähriger Mann egte sich nach starkem Exzesse in Baccho s Bett und liess das Licht brennen; die Bett-äsche brannte an und Patient erlitt eine erbrennung am linken Arme und der linken chulter. Ein grosser 1 Ctm. dicker Brand-chorf bedeckte die ganze innere Fläche des berarmes von der Achselhöhle bis zur Ell-ogenbeuge und in derselben Ausdehnung ch die Thoraxwand; die Hand war kalt, e oberflächlichen Venen obliterirt. An der rteria radialis und cubitalis war ein Puls icht wahrnehmbar — ein Symptom, welches erneuil nicht auf eine Koagulation in en Arterien, sondern auf eine Kompression er Arteria brachialis durch den Brandschorf schob; er machte vier lange Inzisionen am Oberarme und sofort war der Puls an den genannten Arterien fühlbar. Dabei waren heftige Delirien vorhanden und eilf Tage nach der Verbrennung stellte sich erschwertes Sprechen, vollständige Paralyse und Anästhesie der beiden linken Extremitäten und Anästhesie der linken Rumpfhälfte ein, ebenso eine Pa-rese der linken Gesichtshälfte. Die Spitze der herausgestreckten Zunge wich nach rechts ab; es bestand ferner linksseitige Lähmung des Opticus, Acusticus, Olfactorius und der linken Zungenhälfte. Während die intellek-tuellen Fähigkeiten völlig intakt waren, war die Sprache stotternd; eine eigentliche Apha-sie war jedoch nicht vorhanden, nur eine Dysphasie. Nach drei Tagen waren diese Erscheinungen bis auf die Sprachstörung ver-schwunden, welche noch zwei Tage lang an-hielt. Am 22. Tage nach der Verbrennung traten die angeführten Lähmungserscheinungen von Neuem auf, um diesmal aber nur 24 Stun-den anzudauern. Seitdem erschienen sie nicht wieder, nur einmal zeigte sich auf ganz kurze Zeit eine geringfügige Dysphasie. Nach etwas über zwei Monaten wurde Pat. geheilt ent-lassen. Später stellte es sich heraus, dass er schon vor der Verletzung seit längerer Zeit an häufig wiederkehrenden epileptischen Anfällen litt, welche seit jener Verbrennung ihren Beginn im linken Beine nahmen. — Die vorstehend geschilderten hemiplegischen und hemianästhetischen Zustände stimmen nach Duret mit denen überein, welche Charcot durch Verletzungen des hinteren Dritttheiles des Pedunculus cerebri am Linsenkerne be-obachtet hat. Als Ursache der Innervations-störungen nimmt er eine Thrombose der Ar-teria fossae Sylvii an. Durch die Untersuch-ungen von Dupuytren und Baraduc ist dargethan, dass arterielle Thrombosen bei Verbrannten ausserordentlich häufig vorkom-men. Baraduc fand in der Leiche von zwei in Folge von oberflächlichen Verbrenn-ungen verstorbenen Menschen die linke Herz-kammer, die Arteriae cervicales, brachiales und die Aorta mit Blutgerinnseln angefüllt, während die rechte Herzkammer und die Venen leer waren. Verneuil hat zwei Fälle von Thrombose der Venen der unteren Ex-tremitäten in Folge von Verbrennungen an anderen Körperstellen beobachtet. Hieraus sowie aus der Atherose der Arterien bei dem oben angeführten Patienten erklärt sich Du-ret die Thrombose der Art. fossae Sylvii und nimmt an, dass dann der Thrombus wie-der fortgespült worden sei, wie dies bei Ge-hirnthrombose nicht selten der Fall ist. —

Das „Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte", 1876, Nr. 19, enthält eine Mittheilung von Prof. Lebert zu Vevey über südliche und nördlichere Seebäder und über eine neue Art des inneren Gebrauches des Seewassers. Nach Verf. kann man in südlicheren Stationen schon den ganzen Mai und Juni baden und im Herbste bis Ende Oktobers, selbst Anfang Novembers. Frühling und Herbst sind an den südlicheren Seeküsten äusserst angenehm, warm, ohne heiss zu sein, und sehr behaglich. Der Mistral

hat im Mai schon aufgehört und auch der Herbst ist gewöhnlich windstill. Was die Temperatur der See betrifft, so hat man oft behauptet, sie sei zu warm im Süden Europa's. Der Unterschied ist jedoch nicht so gross. Im Norden ist die mittlere Wärme der See im Sommer 16° C., etwas höher an der englischen Küste, 20—22° C. im Mittelmeere, kühler im Frühlinge. Aber auch in den nördlicheren Stationen steigt in der warmen Jahreszeit die Temperatur, besonders am Strande, um mehrere Grade. Sehr angenehm und leicht erreichbar sind die Seebäder des Lido bei Venedig. An der Riviera kann Lebert besonders Pegli in jeder Hinsicht empfehlen. In Arcachon fehlt der Wellenschlag, aber die See ist mit am stärksten salzhaltig. Hier hat man bei so mildem Klima, dass man aus Arcachon auch eine Winterstation gemacht hat, den merkwürdigsten Uebergang zwischen Seebad und dem grossartigsten Soolbadbassin, welches existirt. Der Vegetationsreichthum und der herrliche festsandige Strand kontrastiren sehr angenehm mit den Seebädern der Gruppe von Dieppe, Tréport, Bourg d'Ault, St. Valéry etc., welche mit ihrem steinigen Strande und der vegetabilischen Nacktheit mit ermüdend blendender Sonne auf Verfasser einen höchst unangenehmen Eindruck gemacht haben. — Während die gewöhnliche neurotische Chlorose nach Lebert besser in den nördlichen Stationen behandelt wird, finden tief Anämische, durch Blut- und Säfte-Verluste Erschöpfte, sowie sehr Geschwächte durch überstandene, lange dauernde Krankheiten um so mehr am südlicheren Strande Erleichterung und Heilung, als bei ihnen die Wärmebereitung gelitten hat. Bei nachweisbarer Lungentuberkulose jedoch sind nach Verfasser, abweichend von den Ansichten anderer Aerzte, wie Mess in Scheveningen, Forssenius in Gothenburg u. A., Seebäder zu meiden. — Für den innerlichen Gebrauch des Seewassers empfiehlt Lebert einen reichlichen Zusatz von stark kohlensaurem Wasser und schreibt ihm so eine auflösende und umstimmende Wirkung zu. —

In Eulenberg's Vierteljahrsschrift f. gerichtliche Medizin und öff. Gesundheitspflege, N. F., Bd. XXV, 2. Heft, veröffentlicht M. Boehr eine vereinfachte Methode der chemischen Trinkwasser-Untersuchung. Von der Erkenntniss ausgehend, dass die schnelle und praktische Beurtheilung der Brauchbarkeit oder Schädlichkeit eines Trinkwassers von hohem Werthe nicht nur für d beschäftigten Aerzte, sondern mehr noch f die Physiker ist, und letztere meist nicht i der Lage sind, quantitative Wasseranalys anzustellen, empfiehlt Verf., sich genau ve fertigte Kontrole-Flüssigkeiten zu halten u durch Vergleich mit dem zu untersuchende Wasser die abnormen Bestandtheile desselbe annähernd abzuschätzen. So z. B. bringt e Tropfen des Nessler'schen Reagens in ein Lösung von 0.02 Grm. Ammoniak auf e Liter Wasser eine deutliche gelbrothe Trü ung hervor. Erzeugt nun in dem zu unte suchenden Wasser das Nessler'sche Reage in gleicher Quantität hinzugesetzt eine stä kere oder schwächere Trübung, so wird d durch ein ungefährer Massstab für die Beu theilung des Ammoniakgehaltes geliefert. —

Als charakteristisch für die Lokalisatio einer Lähmung des Nervus faciall im Stamm nach seinem Austritte a dem Foramen stylomastoideum g bis heute die Lähmung sämmtlicher für d Antlitzmuskeln bestimmten Zweige, bei no malem Verhalten des Geschmackes, Gehör Gaumensegels, der Speichelabsonderung u des Nervus auricularis posterior, welcher d kleinen Ohrmuskeln und den Musculus occ pitalis innervirt. Oskar Berger nun beob achtete einen Fall von Facialislähmung, d offenbar zu den leichten gehörte, da sich b dem davon betroffenen Manne schon am fün ten Tage wieder Spuren der sich restituire den Willensleitung fanden. Am 21. Tag war die Heilung vollkommen. Abgesehen v der interessanten Thatsache einer über meh rere Tage hin anhaltenden, sehr gesteigerte (direkten und indirekten) Erregbarkeit f beide Stromesarten zeigten sich auch die vo Nervus auricularis posterior innervirten Mu keln von der Lähmung betroffen, was ma bei der seltenen Fähigkeit des Kranken, ge rade auch diese Muskeln aktiv zu bewegen sehr gut beobachten konnte. Auch theilt der genannte Nerve die erhöhte Erregbarkei der übrigen gelähmten Facialisäste. Nicht also die differente Oertlichkeit (ob innerhalb oder ausserhalb des Canalis Fallopiae), son dern die Intensität des pathologisch-anatomi schen Prozesses bedingt die Differenz de Verlaufes dieser Lähmungen: bei allen For men der rheumatischen Facialislähmung ist nach Berger die anatomische Lokalisation stets im Canalis Fallopiae zu suchen. (*Deutsche* med. Wochenschr., 1876, Nr. 49.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 19. *Erlangen*, am 12. Mai 1877.

Wöchentlich
n Bogen von
6 Quartseiten.
reis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

halt. Die erste Entwickelung der Säugethiereier. Beschaffenheit von Blut und Knochenmark in der progressiven perniziösen Anämie. Ueber tuberkulöse Affektionen der Aderhaut. Die Gestaltveränderungen der Eiterkörperchen. Ueber Kontraktion und Innervation der Milz. Zur Operation der Nasenpolypen. Obliteration der varikösen Venen am Beine zur raschen Heilung der Unterschenkelgeschwüre. Vorkommen von Fettnadeln im Vaginalschleime. Ueber praelacrymale Oelkysten.

Prof. Dr. Th. L. W. Bischoff zu München eröffentlicht soeben „historisch-kritische Bemerkungen zu den neuesten Mitheilungen über die erste Entwickelung der Säugethiereier“ (Literarisch-rtistische Anstalt von Th. Riedel, 1877). In ieser Schrift geht der Verf. von der Theorie ier Zelle aus. Ist das Ei der Säugethiere ine einfache Zelle, als welche es zu bezeichnen heute Mode geworden ist? Um hier eine Antwort zu ermöglichen, muss man zuerst den Begriff einer animalen Zelle feststellen. Es ist gewiss nicht zu leugnen, dass der Begriff „Zelle“, wie ihn die heutige Wissenschaft fast allgemein festhält, kein morphologischer, sondern ein physiologischer ist. Wer eine Zelle morphologisch beschreiben will, kommt in Verlegenheit, da unter diesen Begriff die verschiedenartigsten, einfache und relativ hochkomplizirte Bildungen zusammengefasst zu werden pflegen, welche physiologisch darin übereinstimmen, dass sie nach Brücke Elementarorganismen oder nach Virchow Lebensherde sind. Nach Verfasser ist das Ei physiologisch ein Elementarorganismus, ein einheitlicher Lebensherd, aber er vermeidet es, das Ei morphologisch als eine Zelle zu bezeichnen, indem er dieses Wort lediglich für gewisse morphologisch gleichartige Gebilde gebraucht wissen will. Er gibt folgende Definitionen: Ein Kern ist ein fester oder festweicher, aber immer solider Körper, der ein oder mehrere Kernkörperchen einschliessen kann. Für eine Zelle ist eine umhüllende Membran das Charakteristikum, ausserdem besitzt sie einen irgendwie beschaffenen aufgelösten oder feinkörnigen Inhalt und einen davon verschiedenen Kern. Ein Kern, welcher nur von einem irgendwie beschaffenen Plasma umgeben ist, ohne Hülle, heisst Protoplast. Dagegen bezeichnet v. Bischoff eine Zelle, welche von einer Plasmaschichte umgeben ist, mit Valentin als Umhüllungsgebilde einer Zelle, und kommt eine Zelle in einer anderen Zelle vor, so wird die Bezeichnung Zelle in Zelle gewählt. Vergleichen wir nun das Ei mit diesen Definitionen, so ist nur das Keimbläschen eine wahre primäre und die einzige Zelle, von welcher bei dem nicht in Entwickelung begriffenen Ei die Rede sein kann, und das Ei selbst wird am passendsten ganz allgemein als Umhüllungsgebilde einer Zelle aufgefasst. Wenn sonach der Verfasser das Ei nicht als eine einfache oder primäre Zelle gelten lassen will, so richtet sich dabei seine Polemik nicht gegen die physiologische Auffassung des Eies als eines Elementarorganismus, denn ein solcher ist das Ei auch für ihn; er bestreitet dagegen mit aller Entschiedenheit, dass man morphologisch so verschiedenartige, theilweise hoch zusammengesetzte Bildungen, wie es die Eier vieler animaler Wesen sind, alle unter der einen primär doch morphologisch sein sollenden Bezeichnung „Zelle“ vereinigen dürfe. Betrachten wir den Dotter nicht als Inhalt einer primären und einfachen Zelle, sondern als eine Umhüllungsmasse für eine Zelle,

nämlich für das Keimbläschen, so macht es weder für die physiologische noch für die morphologische Auffassung mehr eine Schwierigkeit, wenn wir ihn quantitativ und qualitativ und auch morphologisch sehr verschieden zusammengesetzt finden. Der Dotter des Eies kann ein blosser Bildungs-, aber auch ein Bildungs- und Nahrungs-Dotter, ein holoplastischer und meroplastischer, ein protoplasmatischer und deuteroplasmatischer sein, er kann allein aus einem aufgelösten oder körnigen Plasma, er kann selbst aus Protoplasten bestehen und durch Zusammenfliessen von solchen gebildet werden; der Grundcharakter des Eies wird durch alles dieses nicht geändert. Dasselbe gilt für die sekundären Fruchtstoffe oder Hüllen, welche stets Auflagerungsprodukte von aussen sind. Alles das ändert den physiologischen Charakter des Eies als eines Elementargebildes oder selbst Elementarorganismus nicht; aber mit dem morphologischen Charakter einer einfachen oder primären Zelle verträgt es sich nicht. „Ich bin nicht", fährt bei dieser Auseinandersetzung der Verfasser fort, „im Stande, dem schematisirenden Verstande zu lieb, welcher aus dem Ei gar zu gerne einen einfachen mit der organischen Elementarform übereinstimmenden Körper machen möchte, den Erfahrungen und Beobachtungen Gewalt anzuthun. Die Natur kümmert sich um unseren vorläufig noch sehr kurzsichtigen Verstand in der Bildung ihrer Formen nicht; von den Gesetzen dieser Formbildung, welche unzweifelhaft für alle diese Formen die Aufschlüsse enthalten, wissen wir ja doch noch keine Spur". Es ist einleuchtend, dass in dieser von v. Bischoff schon so lange vertretenen die morphologischen von den physiologischen Verhältnissen scheidenden Ansicht, welche bekanntlich in vollkommenster Harmonie mit zahlreichen anderen morphologischen, pathologischen und physiologischen Thatsachen steht, die Grundlage für den wissenschaftlichen Ausgleich fundamentaler Differenzen gewonnen ist. — Von nicht geringerer Wichtigkeit ist die Darstellung des Verf. über das Wesen der Befruchtung des Eies. Dass die Spermatozoïden einige Zeit nach dem Koïtus bis auf das Ovarium gelangen, dass sie in das Innere der Säugethiereier eindringen, welche erstere Thatsache Bischoff zuerst und zwar im Juni 1838 bei einer Hündin beobachtete, wird von allen neueren Beobachtern bestätigt. Aber worin besteht nun die befruchtende Wirkung der eingedrungenen Spermatozoïden? Spielt der Spermatozoïde, wie Dr. C. Hertwig nach seinen Befruchtungsversuchen beim Seeigel gefunden zu haben meint, eine morphologische Rolle, indem er oder vielmehr sein Kopf als sogenannter Spermakern mit dem Kerne des Keimbläschens als sogenannter Eikern eine Kopulation eingeht, aus welcher sodann der Kern der ersten Furchungskugel als sogenannter Furchungskern hervorgeht? Oder handelt es sich nach den Angaben Strassburger's bei der Befruchtung um die Einführung von Kernsubstanz nicht sowohl als eines morphologischen als eines physiologischen Elementes? — Von den Angaben Hertwig's weichen die neuesten Beobachtungen van Beneden's d. J. in Beziehung auf die Deutung der sich kopulirenden Gebilde im Ei vollkommen ab. Denn nach dem Letzteren ist weder der Eikern Hertwig's der Kern des Keimbläschens, dessen Auflösung er in Uebereinstimmung mit Bischoff bestimmt beobachtet haben will, noch ist der sogenannte Spermakern der Kopf des Spermatozoïden, sondern ein neugebildeter Kernkörper; und gegen Strassburger sagt F. Lieschet d. J. nach genauester chemischer Untersuchung der männlichen Zeugungsstoffe: „Es gibt keine spezifischen Befruchtungsstoffe, die chemischen Thatsachen haben sekundäre Bedeutung". In welchem Lichte erscheinen aber alle diese Fragen, wenn der Verf. konstatiren kann, dass die ersten Stadien der Eientwicklung: Auflösen des Keimbläschens, Auftreten der Richtungskörper, Entstehen eines neuen Kernes im Inneren des Dotters, Kondensation und Kleinerwerden des Dotters, Bewegungserscheinungen an dem Dotter, endlich selbst die ersten Stadien der Dottertheilung, nach übereinstimmenden Beobachtungen verschiedener Autoren bei verschiedenen Thieren, auch an noch nicht befruchteten oder an überhaupt unbefruchteten, nur in Folge ihrer Reifung vom Eierstocke abgelösten Eiern vorkommen? — Diese Thatsache ist an Fisch-, Frosch- und Säugethier-Eiern zuerst von Bischoff 1847 entdeckt worden. Neuerdings beschrieb Oellacher 1870 die Veränderung und Furchung des unbefruchteten Hühnereies; v. Siebold schilderte ähnliche Vorgänge an parthenogenetisch erzeugten Eiern mehrerer Athropoden und wendete sie wie Bischoff zur Erläuterung der jungfräulichen Zeugung an. Neuerdings hat auch Moquin Tandon wieder die Dottertheilung unbefruchteter Froscheier beobachtet, und van Bene-

den hebt die Unabhängigkeit der ersten Entwicklungsvorgänge von der Befruchtung bei dem Kaninchenei hervor. Es ergibt sich hieraus, dass Diejenigen, welche alle Entwicklungsvorgänge im Ei von der Befruchtung abhängig machen, offenbar im Irrthume sind. Die Entstehung eines neuen Kernes in dem Dotter nach Auflösung des Keimbläschens, die Theilung eventuell Auflösung desselben und Entstehung zweier neuer Kerne und darauf folgende Dottertheilung kann nicht im Sinne von Auerbach, Strassburger, Bütschli, Fol, Flemming und C. Hertwig weder von der formellen Vereinigung und Konjugation eines Sperma- oder Eikernes, noch auch von der chemischen und dynamischen Einwirkung des Spermatozoïden abhängig sein, denn sie erfolgen ohne den letzteren. Die Parthenogenesis hat schon lange dasselbe bewiesen. Ueber das innere Wesen der Befruchtung haben wir also auch durch die neuesten Beobachtungen keinen weiteren Aufschluss erhalten und zwar darum, weil es sich dabei schliesslich um einen sinnlich nicht mehr wahrnehmbaren Vorgang handelt, aber doch beginnen sich unter dem Drucke der mitgetheilten Thatsachen die Anschauungen der Forscher in immer einheitlicherer Weise zu gestalten. Mit kurzen Worten hat His den Stand dieser Frage gekennzeichnet: „Wissenschaftliche Theorieen über die Zeugung können keine anderen sein als Theorieen der übertragenen Bewegung". Und Miescher sagt: „Suchen wir nach einem Vergleiche, in welchem sich alle vorhandenen Erfahrungen fügen, so bleibt — wie mir scheint — nichts Anderes übrig als das Bild eines Apparates, der eine Bewegung irgend einer Art erzeugt oder umwandelt. . . . In der That, die Auffassung der Befruchtung als eines physikalischen Bewegungsvorganges ist die einzige, welche nicht mit feststehenden Thatsachen in Widerspruch sich befindet. Es kann eine Bewegung sein innerhalb des Samens, die auf das Ei übergeht, oder die Bewegung entsteht erst durch die Berührung von Samen und Ei". Schon vor 28 Jahren wurde aber dieselbe Theorie über das Wesen der Befruchtung vom Verfasser aufgestellt. J. v. Liebig hatte die Kontaktwirkung der Fermente aus der Uebertragung einer Molekularbewegung des Fermentes auf den fermentirten Stoff erklärt. In dem Sinne einer mitgetheilten Molekularbewegung hat denn Bischoff die Befruchtung mit den bekannten Gährungsvorgängen als Kontaktwirkungen verglichen. Aber er hat schon damals mit aller Entschiedenheit betont, dass es sich bei der Befruchtung als Kontaktwirkung nicht bloss um eine Berührung, sondern um eine durch irgend welche materielle Theilnahme vermittelte Wirkung einer mitgetheilten Bewegung handle. Er sagt: „Ich habe schon damals darauf aufmerksam gemacht, dass die genannten Erscheinungen beweisen, dass in dem reifen Ei bereits Entwicklungs-Bewegungen als Folgen innerer Molekular-Umsetzungen begonnen haben, ohne dass das Sperma zu ihrer Hervorbringung mitgewirkt hat. In der Regel aber sehen wir, dass die Intensität dieser Bewegungen nicht gross genug ist, um zu weiteren Entwicklungsvorgängen und vollendeter Formbildung zu führen. Sie müssen eine Verstärkung und meistens wahrscheinlich auch eine bestimmte Richtung erhalten, damit jene weiteren Entwicklungsbewegungen sich festsetzen, welche zum Aufbau des Embryo führen. Diese Mittheilung, Verstärkung und Richtung der Bewegung ertheilt dem Ei der Spermatozoïde, dessen selbstständige Massenbewegung ein Beweis davon ist, dass seine Materie sich ebenfalls in einer intensiven Umsetzungsbewegung befindet. Wir besitzen nirgendswo eine vollständigere Einsicht über die Ursache organischer Bewegungserscheinungen als eben hier, und die mit dieser Einsicht verbundene Vorstellung genügt dem denkenden Verstande in gleicher Weise, wie jede andere Anwendung des Gesetzes der Erhaltung der Kraft". Indem man sich einseitig an die Worte „Kontakt und Gährung" gehalten hat, ohne die Definitionen des Verf. für diese Worte gehörig zu beachten, hat man vielfältig Opposition gegen dessen Befruchtungstheorie erheben zu müssen geglaubt und wir erlebten auch hier das freilich nicht seltene Schauspiel, dass Autoren die von einem Vorgänger ausgegangene Theorie als etwas Neues gerade dem Begründer der Theorie gegenüber aufstellten und im scheinbaren Gegensatze zu ihm vertraten. —

Mit der Beschaffenheit des Blutes und Knochenmarkes in der progressiven perniziösen Anämie beschäftigten sich die DD. Osler und Gardner, Proff. an Mac-Gill-University zu Montreal in Canada. Der von ihnen beobachtete Fall betraf einen 52jährigen Engländer mit allen Zeichen der oben genannten weit vorgeschrittenen Krankheit, ausgenommen Haut- und Netzhaut-Blut-

ungen. Das während des Lebens untersuchte Blut zeigte Folgendes: Die meisten rothen Körperchen erscheinen gross, aber ohne den gewöhnlichen kreisförmigen Kontour; viele sind oval, andere von verschiedener Gestalt mit unregelmässigen Ausläufern und Fortsätzen. Sie sind blass und platt und viele zeigen auch, wenn man sie rollen lässt, nicht die bikonkave Form. In jedem Gesichtsfelde sieht man die kleinen runden von Eichhorst beschriebenen Körperchen, zuweilen deren 6—8. In 40 auf's Gerathewohl unternommenen Messungen waren die äussersten Maasse 0.00363 und 0.01181 Mm. Kernhaltige rothe Körperchen wurden auch bei langem Suchen vermisst. Die weissen Körperchen zeigten keine Abnormität und schienen auch nicht vermehrt zu sein. Max Schultze's Zerfallskörnchen fehlten gänzlich. — Die Sektion ergab beträchtliche Verfettung des Herzens, der Nieren und der Leber, die Milz war eher etwas kleiner als normal und wog nur 170 Grm., die Lymphdrüsen waren nirgends vergrössert, im Mesenterium sogar sehr klein. Das Knochenmark (von Brustbein, Rippen, Schlüsselbein, Wadenbein und Wirbel) hat eine dunkle violettrothe Farbe, ist dick, etwa von der Konsistenz des Milzparenchyms im Fieber. Es enthält 1) farblose Körperchen (Markzellen) verschiedener Gestalt mit körnigem Protoplasma und deutlichem bläschenförmigem Kerne. Die meisten sind grösser als die weissen Blutzellen und haben gewöhnlich nur einen Kern. Ausserdem finden sich zahlreiche kleine runde, den Lymphkörperchen gleichende Elemente. 2) Rothe Blutkörperchen in zwei Arten: a) gewöhnliche bikonkave, etwas unregelmässig gestaltete Scheiben und häufig, wie auch während des Lebens beobachtet, mit langen Fortsätzen. Diese bilden die Mehrzahl. b) Kleine, runde, nicht kernhaltige Körperchen, etwa $^1/_4$—$^1/_2$ mal so gross als die gewöhnlichen, ähnlich den im Blute gesehenen. Sie sind sehr zahlreich in der Fibula, woselbst sie gut den vierten Theil der gefärbten Elemente ausmachen. 3) Kernhaltige rothe Körperchen (Neumann's Uebergangsformen) sind zahlreich im Brustbeine und der Rippe, in den anderen genannten Knochen sind sie sehr sparsam oder wegen der Blässe der rothen Körperchen hier schwieriger zu sehen. Meistens sind sie grösser als die gewöhnlichen rothen Körperchen, zeigen aber wie diese ein ganz gleichmässig gefärbtes Stroma mit einem fein granulirten Kerne. Sie stellen runde, nicht bikonkave Scheiben dar, oft mit unregelmässigen U[illegible] rissen oder mit einem spitzen Ausläufer. I[illegible] Färbung ist meist eben so stark wie die [illegible] gewöhnlichen rothen, zuweilen stärker o[illegible] schwächer. Die Kerne sind rund oder ell[illegible] tisch und nehmen $^1/_4$—$^1/_2$ des Zellkörp[illegible] ein, sie sind solid, gekörnt und erscheinen [illegible] den Zellen gefärbt. Ein Kernkörperch[illegible] konnte nicht wahrgenommen werden. [illegible] Lage des Kernes in den Zellen war versch[illegible] den, bald nach dem Tode erschien er cent[illegible] gelagert. In den am folgenden Tage unt[illegible] suchten Proben dagegen lagen viele Ke[illegible] peripherisch und andere waren aus den Ze[illegible] ausgetreten und erschienen nun ganz un[illegible] färbt. In drei oder vier Proben wur[illegible] Kerne von Dumbbell-Form gesehen. Ze[illegible] mit zwei Kernen waren nicht selten und a[illegible] solche mit drei oder vier Kernen wurden [illegible] obachtet. In 15 Messungen ergaben 11 ei[illegible] Durchmesser dieser Zellen von über 0.0125 [illegible] Im Folgenden geben wir die Messungen [illegible] drei Zellen mit ihrem Kerne: 1) 0.014[illegible] 0.01136; Kern: 0.00954:0.00863 Mm. [illegible] 0.01136:0.01045; Kern: 0.00454:0.005 [illegible] 3) 0.01227:0.01272; Kern: 0.00682:0.007[illegible] Es erhellt hieraus die Unregelmässigkeit [illegible] Form dieser Körperchen und die annähern[illegible] elliptische Gestalt der Kerne. 4) Blutkörp[illegible] chenhaltige Zellen, sehr reichlich im Wirb[illegible] marke, wo 3—4 in einem Gesichtsfelde [illegible] scheinen und 5—6 rothe Körperchen [illegible] deutlich erhaltener Farbe und Gestalt enth[illegible] ten. Im Brustbeine und der Rippe sind [illegible] viel spärlicher, im Wadenbeine und Schlüss[illegible] beine gar nicht zu sehen. 5) Von Myel[illegible] plaxen wurden 1—2 im Brustbein- und R[illegible] pen-Marke gefunden. 6) Fettzellen im Schl[illegible] selbeinmarke in geringer Zahl, im Brustbei[illegible] Wirbel- und Rippen-Marke gar nicht zu f[illegible] den. 7) Charcot'sche oktaëdrische Kr[illegible] stalle waren überall im Marke 12—30 Stu[illegible] den nach dem Tode zu finden. — Der b[illegible] schriebene Befund gleicht ziemlich dem v[illegible] Cohnheim geschilderten. Auch Pepp[illegible] und Scheby-Buch erwähnen Hyperpla[illegible] des Markes bei perniziöser Anämie, so da[illegible] es wahrscheinlich ist, dass gewisse Fäl[illegible] dieser Krankheit zur myelogenen Form v[illegible] Pseudoleukämie zu rechnen sind. (Centralb[illegible] f. d. med. Wiss., 1877, Nr. 15.) —

Die früher als Chorioiditis tuberculosa be[illegible] zeichnete Augenkrankheit hängt nach A. [illegible] Graefe ätiologisch wohl mit der Tuberkulos[illegible]

sammen, liefert indess anatomisch kein berkulöses Produkt, sondern ist vielmehr metastatische eitrige Chorioiditis zu bezeichnen. Nach einer Mittheilung von Dr. Hirschberg zu Berlin gibt es indess wei wirklich tuberkulöse Affektionen er Aderhaut: eine relativ häufige und ine recht seltene. Während zahlreiche Beobachtungen über die Miliartuberkel der Aderhaut, welche eine Begleiterscheinung der allgemeinen Miliartuberkulose darstellen, vorliegen, ist die tuberkulöse Chorioiditis weder von den Anatomen noch von den Klinikern eingehender beschrieben worden. Verf. hatte Gelegenheit, einen 27jähr. Mann zu untersuchen, welcher an Fieber und Kopfschmerz darniederlag und seit 16 Tagen an einer schmerzhaften Entzündung des linken Auges litt. Das rechte Auge war völlig normal. Der linke Bulbus war leicht hervorgetrieben, die Beweglichkeit erhalten, die Skleralbindehaut zu einem starken rothen Wulst erhoben; die brechenden Medien erschienen klar bis auf eine ganz feine rauchige Trübung der Hornhaut und geringe Reste einer Exsudation am Rande der durch Atropin erweiterten runden Pupille. Das Bild des Augengrundes war ein ganz ungewöhnliches: eine Papilla optica ist nicht mehr abzugränzen. Die Netzhautvenen sind kolossal verbreitert (die nach oben ziehenden auf das Vier- bis Sechsfache), sowohl in der Netzhautfläche wie auch senkrecht, dagegen sehr bedeutend geschlängelt, hier und da von Netzhautblutungen begleitet. Der grösste Theil des sichtbaren Augengrundes zeigt eine diffuse und intensive Weissfärbung, offenbar durch Infiltration der Aderhaut, weniger der vorgetriebenen Netzhaut, deren Gefässe vor dem weissen Infiltrate verschwinden. Das Auge ist nahezu blind. Am folgenden Tage wurde eine Punctio orbitae vorgenommen, welche nichts entleerte; am 23. April wurde ein epileptiformer Anfall mit Ohnmacht beobachtet. Am 25. war die Chemosis geringer, die Netzhautvenen auf die Hälfte der früheren Breite reduzirt, Finger wurden nach oben gezählt, das subjektive Befinden war besser. Aber die Besserung hielt nicht an. Der behandelnde Arzt diagnostizirte Meningitis und durch die Sektion ward auch tuberkulöse Meningitis nachgewiesen. Die Aderhaut des Auges zeigte eine Verdickung lateralwärts von der Papille, von 8 Mm. Ausdehnung und 3 Mm. grösster Dicke: eine entzündliche Infiltration mit eingesprengten, im Centrum verkästen Tuberkeln, wie die mikroskopische Untersuchung auf das Unzweideutigste herausstellte. — Auf Grund dieses Befundes konstatirt Hirschberg die folgenden Unterschiede zwischen den gewöhnlichen Miliartuberkeln und dem von ihm beschriebenen seltenen Fall von Chorioiditis tuberculosa: 1) Die miliaren Tuberkel der Aderhaut entstehen bei allgemeiner Miliartuberkulose; der in Rede stehende Fall von Chorioiditis tuberculosa bestand neben einer tuberkulösen Lokalaffektion, der Meningitis. 2) Die miliaren Tuberkel der Aderhaut entwickeln sich ohne palpable Sehstörungen und ohne äusserlich sichtbare Veränderungen des Augapfels; in dem erörterten Falle war das ergriffene Auge erblindet und sehr starke Chemosis nebst den Zeichen iritischer Reizung ohne weitere Hilfsmittel deutlich zu erkennen. 3) Die miliaren Tuberkel der Aderhaut sieht man mit dem Augenspiegel in dem sonst kaum veränderten Augengrunde als kleine weissliche runde Flecke, deren wachsender Durchmesser meist kleiner als 1 Mm. bleibt; in dem obigen Falle war die Papilla optica ganz verwischt, der grösste Theil des sichtbaren Augengrundes diffus weisslich verfärbt durch eine kuchenförmige Verdickung der Aderhaut, über welche die emporgehobene Netzhaut mit ihren enorm erweiterten von Blutungen begleiteten Venen fortzog. (Centralblatt f. praktische Augenheilkunde, 1877, Februar.) —

Zur Lehre von den Gestaltveränderungen der Eiterkörperchen schreibt Dr. P. Michelson in Königsberg i. Pr. an das Centralbl. f. d. med. Wissensch. (7. April 1877), was folgt: „Hervorragende Beobachter — v. Recklinghausen und Max Schultze — haben die kontraktilen Eigenschaften des Protoplasma's der Eiter- und der nach den heute herrschenden Anschauungen mit ihnen identischen weissen Blut-Körperchen mit Zuhilfenahme eigens dazu konstruirter sinnreicher Apparate — der feuchten Kammer und des erwärmbaren Objekttisches — studirt. Den genannten Forschern verdanken wir die nähere Kenntniss von der Fähigkeit der Eiter- und weissen Blut-Körperchen, ihre Gestalt zu verändern und mittelst der betreffenden Form-Metamorphosen „amöbenartige“ (Max Schultze) Bewegungen auszuführen. Bald folgten Cohnheim's allbekannte Untersuchungen über Entzündung und Eiterung. Die wichtigen Resultate dieser Untersuchungen standen und fielen mit der Fähigkeit der in

Rede stehenden Elemente, auf dem Wege von Gestaltveränderungen gewisse Lokomotionen auszuführen. Hiermit war das Interesse der Mediziner in den weitesten Kreisen an die bezüglichen Ergebnisse mikroskopischer Forschung gefesselt. Unter diesen Umständen dürfte der Beobachtung einige Aufmerksamkeit nicht vorenthalten werden, dass einer jedem Arzte leicht zugänglichen Flüssigkeit oft in hohem Grade die Eigenschaft zukommt, die Eiterkörperchen zu den als Kontraktilitätserscheinungen ihres Zellprotoplasma's beschriebenen Gestaltveränderungen anzuregen und ihre Metamorphosirungskapazität zu konserviren. Diese Flüssigkeit besteht in nichts Anderem als in dem Urine der meisten, wenn auch nicht aller an Blasenkatarrh leidender Patienten; ob derselbe alkalisch, neutral oder sauer reagirt, ist hierbei nicht von wesentlicher Bedeutung. Untersucht man den diese Eigenschaft besitzenden Urin frisch, einfach in der Weise, dass ein auf dem Objektträger ausgebreiteter Tropfen mit einem Deckgläschen bedeckt wird, also ohne feuchte Kammer und auf ungeheiztem Objekttische, so sieht man die in ihm enthaltenen Eiterkörperchen in lebhafter Weise jene Kontraktilitätserscheinungen zeigen. Der im Zimmer ohne besondere Schutzmassregeln in einem zugekorkten Fläschchen aufbewahrte Urin lässt noch gegen 48 Stunden jene Eigenschaft der Körperchen fast intakt, obwohl um diese Zeit das Gesichtsfeld bereits von Bakterien buchstäblich wimmelt und der Urin meist alkalisch ist. Selbst zu Ende des dritten Tages sieht man gelegentlich noch einzelne Eiterkörperchen ihre Evolutionen ausführen. Durch mässige Erwärmung der Flüssigkeit wird die Umwandlungsfähigkeit der Zellen zu einer Höhe gesteigert, welche alles bisher hierüber Berichtete oft weit hinter sich lässt. Es scheint, dass sowohl das Filtrat des betreffenden Urines, als in geringerem Grade der normale Harn die Eigenschaft besitzt, anregend auf das kontraktile Protoplasma zu wirken, doch gestatten die von mir angestellten hierauf bezüglichen Versuche mit Wundeiter vorläufig noch kein abschliessendes Urtheil. — Der Werth der oben mitgetheilten Beobachtung wird vermuthlich nicht allein darin gefunden werden, dass an dem bezeichneten Objekte die uns interessirenden Erscheinungen sich so schön und mühelos demonstriren lassen wie an keinem zweiten; vielmehr verdient wohl ein anderer Punkt hervorgehoben zu werden, und zwar die Möglichkeit, dass die Eiterkörperchen jene allseitig als vitale Funktionen gedeuteten Gestaltveränderungen noch eingehen, nachdem die sie umgebende Flüssigkeit zweifellose Symptome der Fäulnis darbietet. Nähere durch Abbildungen erläuterte Angaben behalte ich mir für spätere Zeit vor". —

In Virchow's Archiv (69. Bd. S. 18 bringt Dr. J. Bulgak eine Mittheilung über die Kontraktionen und die Innervation der Milz. Die Reizung der im Ligamentum gastrolienale verlaufenden Nerven that dar, dass centripetale und centrifugale Milznerven zu unterscheiden sind. Der Induktionsstrom (2 Grove'sche Elemente, grosser Rollenabstand) rief, dem centralen Ende zugeführt, lebhafte Schmerzäusserungen und Milzkontraktionen hervor. Auf Durchschneidung der centripetalen Aeste folgte keine sichtbare Veränderung der Milz. Die peripherische Reizung centrifugaler Nerven wurde durch lokale auf den Verbreitungsbezirk des Nerven beschränkte Kontraktionen beantwortet und auf ihre Durchschneidung schwollen dieselben Partieen an und wurden blau. Die Milzkontraktion — gleichviel ob das ganze Organ oder nur einen Theil desselben betreffend — beginnt mit einem gleichmässigen leichten Erblassen, die Oberfläche wird körnig, die scharfen Kanten stumpfen sich ab und die Milz wird kleiner. Direkte Reizung der Milz bringt dieselben Vorgänge zu Stande, jedoch nur in der Region, welche unmittelbar an die Elektroden gränzt. Um festzustellen, ob die Kontraktionen der Milz von Einfluss auf die Menge der im venösen Blute weggeführten weissen Blutkörperchen seien, wurden Zählungen derselben vorgenommen, und es ergab sich, dass bei einem nicht gefütterten Hunde unter gewöhnlichen Verhältnissen am meisten farblose Elemente die Milz verlassen, wenig aus dem kontrahirten Organe und am wenigsten, wenn dasselbe in Folge von Durchschneidung der motorischen Nerven anschwillt. Stauung begünstigt die Anhäufung weisser Blutkörperchen in der Milz ungemein; nach Lösung einer stauenden Ligatur kamen grosse Mengen davon im Venenblute zum Vorschein. — Kurare-Einspritzung, Morphium, *Opium* und Chloroform schwächen die Milzkontraktionen, ohne sie zu vernichten. Nach Einführung von 5—6 Gran Chininlösung in das Blut treten Kontraktionen auf (ohne dass die Milzoberfläche körnig wird) und der Austritt

arbloser Körper wird um das Doppelte ge-steigert. Secale cornutum hat diese Wir-kungen nicht, im Gegentheile die Milz wird blau, welk und weich. Erstickung und hoch-gradige, bis zur Athmungssuspension gestei-gerte Reizung des centralen Vagusendes und des linken Ganglion semilunare bewirken Milzkontraktionen, während dieselben nicht eintreten nach Reizung des peripheren Vagus oder durch einfache Berührung mit der atmo-sphärischen Luft, wenn Verdunstung und Ab-kühlung vermieden werden. Die motorischen und reflektorischen Milzcentra liegen — wie Reiz- und Durchschneidungs-Versuche lehren — zwischen dem ersten bis vierten Halswirbel und stehen mit der Milz durch den Nervus splanchnicus major sinister in Verbindung. —

Dr. **Knizek** zu Reichenberg in Böhmen liefert einen Beitrag zur **Operation der Nasenpolypen**. In der Einleitung seiner Abhandlung (Prag. med. Wochenschr. 1877 Nr. 10 und 11) weist er darauf hin, dass die gebräuchliche Operation der Nasenpolypen durch Ausreissen mit der Polypenzange eine äusserst grausame, rohe und dennoch nicht zum Ziele führende sei und macht auf die Vorzüge der Operation durch Abschnürung mit Draht-schlingen aufmerksam, welche er als Assistent von **Zaufal** in Prag kennen lernte. Aus neun ausführlich mitgetheilten Krankenge-schichten geht hervor, dass es ihm gelang, mit dem von **Zaufal** modifizirten **Blake**'-schen Schlingenschnürer eine grosse Anzahl von Nasenpolypen zu entfernen. Im zweiten Falle wurden über 50 Polypen in etwa 15 Sitzungen entfernt. Meist war eine grössere Anzahl von Polypen vorhanden, wodurch die Angaben von **Michel** u. A., dass selten nur ein Polyp, sondern in der Regel deren mehrere vorhanden seien, bestätigt werden. Nach der Entfernung der Polypen wurde mit Höllen-stein geätzt und — wenn nöthig — die **Weber**'sche Douche angewendet. Im 9. Falle gelang es **Knizek**, erst vermittelst des **Zau-fal**'schen Nasenrachentrichters die tiefliegen-den Polypen zu entdecken, da dieselben durch die stark geschwellte Schleimhaut der unteren Nasenmuschel verdeckt waren. Der aus den gemachten Beobachtungen gezogenen Schluss-folgerung, dass die von **Zaufal** geübte Ope-rationsmethode mit der modifizirten **Blake**'-schen Drahtschlinge die „einzig rationelle" sei, können wir uns nicht unbedingt an-schliessen, da man auch mit anderen Schlin-genschnürern vollständige Entfernung der Polypen erzielen kann, und es besonders auf galvanokaustischem Wege gelingt, rasch, sicher und vollkommen, ohne durch Blutungen ge-stört zu werden, die Entfernung der Polypen vorzunehmen. Als Vorzüge, welche das Ope-riren mit Schlingenschnürern gegenüber dem Ausreissen der Polypen hat, hebt **Knizek** mit Recht hervor, dass die Operation schmerz-loser und weniger blutig ist, und dass die Resultate viel vollständigere und sicherere sind. Für die Nachbehandlung wird das Aetzen mit dem Lapisstifte oder mit dem Galvano-kauter für nöthig gehalten. —

Da die Obliteration der varikösen Venen am Beine die rasche Heilung der Un-terschenkelgeschwüre und Ekzeme erfahrungs-gemäss zur Folge hat, so suchte **Max Schede** eine Methode, um dieses Resultat in gefahr-loser Weise zu erlangen. Seine ersten Ver-suche bestanden in doppelter Unterbindung und Durchschneidung der blossgelegten Venen an verschiedenen Stellen unter antiseptischen Kautelen; nach dieser Methode wurden an zehn Kranken 100 Unterbindungen gemacht. Die Heilung erfolgte stets per primam inten-tionem, nur drei Mal trat eine geringe Eiter-ung ohne irgend gefahrdrohende Zufälle ein. Das Endresultat konnte nur in drei Fällen erhoben werden. In dem einen Falle waren die Varicen recidivirt und Patient wurde erst durch Anwendung einer vollkommeneren Me-thode definitiv geheilt; die beiden anderen waren geheilt geblieben. An den Unterbind-ungsstellen fühlte man 5—10 Mm. lange Thromben. Da so kurze Thromben keine Garantie gegen Rückkehr des Leidens bieten, so operirte **Schede** später in der Weise, dass er die erweiterte Vene — immer unter sorg-fältiger Beachtung aller antiseptischen Vor-sichtsmassregeln — mit karbolisirter Darm-saite in Distancen von zwei Centimetern an mehreren Stellen (bis zu fünf) perkutan um-stach und die Fäden, von der Peripherie gegen das Centrum fortschreitend, nach Ver-drängung des Blutes aus der Vene, über einen Cylinder knüpfte. Dieser Cylinder wurde an-fangs aus **Lister**'schem Verbandstoffe, später aus Salicylwatte geformt, doch liess sich hier-bei der Druck nicht gehörig reguliren; bald waren die Fäden zu schlaff gespannt, so dass die Obliteration des Gefässes nicht zu Stande kam, bald zu straff, so dass oberflächliche Nekrose entstand. Allen Anforderungen wurde

erst dann Genüge geleistet, als Verfasser die Fäden über einen kleinfingerdicken starkwandigen Gummischlauch mässig fest knüpfte, während derselbe an der Unterbindungsstelle von einem Assistenten mit dem Finger flachgedrückt wurde. Jetzt besorgte die Elastizität des Schlauches die Anspannung der Fäden in gleichmässiger Weise. Die eine Hälfte der Ligaturen entfernte Verfasser nach 12, die andere Hälfte nach 24 Stunden und fixirte dann noch den Schlauch mit einem Listerverbande in seiner Lage. Nach acht Tagen war die Heilung vollendet. Diese vervollkommnete Methode hat er bisher in sechs Fällen erprobt und bei allen war der Erfolg vollkommen befriedigend; in einem Falle wurden auf einer Strecke von 0.5 Meter etwa 30 Ligaturen angelegt. Bei diesem Verfahren umgeht man die Thrombusbildung mit ihren Gefahren, da die Wandungen der blutleer erhaltenen Vene direkt mit einander verwachsen. (Berl. klin. Wochenschr., 1877, Nr. 7.) —

Schon früher wurde von Dr. Haussmann zu Berlin in seiner Schrift: „Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane des Menschen" auf das Vorkommen von Fettnadeln im Scheidenschleime aufmerksam gemacht, nachdem bereits Virchow (1847) derselben beiläufig Erwähnung gethan hatte. In gynäkologischen Büchern oder anderen Arbeiten über die Veränderungen der Scheide unter gewissen Umständen wird des Vorkommens der Fettnadeln in keiner Weise gedacht. Es finden sich übrigens in dem Scheidenschleime noch andere krystallinische Gebilde, welche aber nicht ursprünglich demselben angehören, sondern nur als Beimischungen in ihm enthalten sind. Zu diesen rechnet Haussmann: 1) die Niederschläge aus dem Harne, 2) die im Darminhalte sich bildenden Krystalle und 3) die von den Eierstockkystomen herrührenden Cholestearinkrystalle. Diese Gebilde sind jedoch bei den in Rede stehenden Untersuchungen ausser Betracht gelassen worden. Das Vorkommen der Fettnadeln ist im Allgemeinen sehr selten; Haussmann hat unter 2000 Personen nur neun Male dieselben beobachten können. Sie stellen sich entweder als einfache Nadeln oder als Nadelbüschel dar und sind in erwärmtem Alkohol oder Aether ziemlich leicht löslich; sie bestehen daher aus einem Gemenge von Palmitin- und Stearin-Säure, wie es bei Lungenbrand oder Knochenfrass vorkommt. Makroskopisch stellen sich diese Fettnadelbündel als gelbliche Ballen dar und unterscheiden sich so von den grauen Bündeln des Leptothrix vaginalis. — Die Bildung dieser krystallinischen Gebilde ist nach Verf. an zwei Bedingungen gebunden: die erstere ist die längere Anwesenheit eines fremden Körpers in der Vagina, die zweite das Zurückgehaltenwerden einer schleimig-eiterigen Absonderung. In Fällen, in welchen Instrumente in den Genitalien nicht wenigstens über ein halbes Jahr lange getragen wurden, finden sich niemals derlei Gebilde; ebenso nicht in Fällen, in welchen zwar die Instrumente längere Zeit, ja mehrere Jahre lang getragen wurden, aber dabei immer reinigende Ausspülungen gemacht oder die Instrumente zu gewissen Zeiten zum Zwecke der Reinigung entfernt wurden. Zunächst setzen sich die Fettnadeln an den Flächen des Instrumentes fest, theilen sich aber später dem Schleime selbst mit. (Deutsche med. Wochenschrift, 1876.) —

Prof. Verneuil beobachtete drei Fälle von Kysten, welche am inneren Augenwinkel zwischen Kutis und Thränensack ihren Sitz, einen Umfang von der Grösse einer Vogelkirsche bis zu der einer Mandel hatten und deren Inhalt das Aussehen von Olivenöl besass. Auch bei der chemischen Untersuchung der Flüssigkeit ergab sich eine grosse Aehnlichkeit mit Oel (daher der Name: Praelacrymale Oelcysten). Die Träger dieser Kysten standen im Alter von 19—21 Jahren und datirten die Anfänge des Leidens in frühe Kindheit zurück, wesshalb Verfasser die Kysten für angeboren hält. In zwei Fällen wurde die einfache Punktion gemacht, die Kranken stellten sich nachher nicht wieder vor. Verneuil hält sie darum für geheilt. In dem dritten Falle exzidirte er ein Stück der Kystenwand, worauf die Heilung in sechs Wochen erfolgte. Ueber den mikroskopischen Befund der Kystenwand ist nichts angegeben. (Perrin hat zwei Kysten dieser Art gesehen, Ledentu eine.) (Bull. de la Soc. de Chir. de Paris, 1877, S. 1.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 20. *Erlangen*, am 19. Mai 1877.

Wöchentlich ½ Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Todesursachen bei der Ovariotomie. Zur Anatomie, Histologie und Physiologie des Herzens. Wirkung sauerstoffhaltigen Terpentinöles. Erscheinungen bei an Splenotomie Operirten. Albuminurie bei Morphinismus. Obliteration des Fontana'schen Raumes beim Glaukom. Ursache des Kropfes. Das tuberkulöse Zungengeschwür. Ueber Sehpurpur. Resultate aus Untersuchungen über das Alkaloid des indischen Hanfes.

Prof. Karl v. Heine zu Prag knüpft in der Prag. med. Wochenschr., 1876, Nr. 50, an seine Mittheilung über drei neuerlich von ihm ausgeführte erfolgreiche Ovariotomieen eine Betrachtung über die Todesursachen bei dieser Operation. Er pflichtet den experimentell gewonnenen Resultaten Wegener's bei, welche bei dem in den ersten 24 Stunden eintretenden Tode statt der früher angenommenen Rückwirkung des operativen Eingriffes auf das Nervensystem vielmehr die bei der Operation stattfindende Abkühlung der Peritonäalhöhle als Todesursache ergeben haben. Die Abkühlung wirkt direkt lähmend auf die Peristaltik des Darmes. Unter den unglücklich verlaufenen Ovariotomieen waren überwiegend jene, bei welchen zur Operation längere Zeit erforderlich war, zahlreiche Adhäsionen gelöst werden mussten, der Darm umgewandt werden musste, und hierdurch verschiedene Flächen des Peritonäums mit der äusseren Luft in Berührung und so zur Abkühlung gebracht wurden. Heine verweist mit Wegener auf die reizende Eigenschaft der zum Spray und zur Irrigation verwendeten Karbolsäure wie auf die Gefahr einer massenhaften Resorption von der Peritonealfläche aus. Er wendet desshalb den Salicylspray an und geht damit um, denselben auf 38—40° C. erwärmt zuzuführen. Anhaltspunkte über die Gefährlichkeit oder Ungefährlichkeit des Salicylspray bei der Ovariotomie konnte er nicht gewinnen, da bei den von ihm Operirten die Gedärme nicht aus der Bauchhöhle und wenig mit dem Spray in Berührung kamen. — Die im späteren Verlaufe eintretenden Todesfälle sieht er — wie Wegener — als durch septische Infektion herbeigeführte an. Für die Einleitung der prophylaktischen Drainage durch die Vagina und durch die Bauchhöhle heraus als Panacee gegen septische Infektion, wie Wegener es will, ist Verf. nicht eingenommen. Er beschränkt sich auf die einfache Drainage in die Scheide und auch dann nur, wenn ein wirklicher Eiterherd im Grunde der Beckenhöhle von der Vagina aus nachzuweisen ist. — Im Anschlusse an diese Mittheilung Heine's bringen wir nachstehend eine Reihe von neueren Publikationen über ausgeführte Ovariotomieen im kurzen Auszuge. Dr. Rocher zu Bern berichtet über 15 von ihm vollführte Ovariotomieen. Die fünf ersten Fälle wurden nicht nach Lister behandelt und genasen zwei davon; die zehn anderen Fälle wurden nach Lister behandelt und genasen davon acht. Von den zwei letzteren Todesfällen betraf der eine eine in akuter Verjauchung befindliche Kyste und war die Operation hier durch die wegen progressiver Auftreibung des Leibes zunehmende Dyspnoe indizirt. Der andere Todesfall betraf eine 50jährige Frau mit Carcinoma ovarii, welches mit der oberen Blasenwand verwachsen war. Rocher sagt zum Schlusse seines Berichtes: die Ovariotomie ist durch die Lister'sche Wundbehandlung zu einer Operation geworden, welche, zumal in früheren Stadien, um nichts gefähr-

licher ist als die Exstirpation einer gutartigen grösseren Geschwulst auf der Körperoberfläche. — In einem Berichte von Dr. Veit (Berl. klin. Wochenschrift, 1876, Nr. 50—52) über einige bemerkenswerthe unter Lister'schen Kautelen von Prof. Schroeder ausgeführte Ovariotomieen befinden sich zwei Fälle, in welchen die Ovariotomie während der Schwangerschaft vorgenommen wurde, und zwar in dem einen Falle ohne absolut dringende Indikation im 7. Monate. Die Patientin genas und wurde rechtzeitig von einem lebenden Kinde entbunden. Im anderen Falle musste im 4. Monate zur Punktion und in weiterer Folge durch Kystenvereiterung zur Radikaloperation geschritten werden: am 13. Tage nach der Operation trat Abortus ein, welchen Veit nicht auf den Eingriff an sich, sondern darauf zurückführen zu müssen glaubt, dass in Folge einer peritonealen Exsudation der Uterus von Neuem gereizt wurde. Veit citirt acht Fälle aus der Literatur und zieht mit den beiden von ihm beobachteten Fällen (bei der bescheidenen Anzahl unter gewisser Reserve), da von diesen zehn Fällen nur drei Mal die Schwangerschaft unterbrochen wurde, den Schluss, dass man bei Indikationen, die mütterliches und kindliches Leben bedrohen, sich zur Operation entschliessen müsse. Der unmittelbare Einfluss der Operation unterbricht die Schwangerschaft entschieden nicht; nur wenn die Gebärmutter bei der Operation selbst oder nach derselben (z. B. durch eintretendes Fieber, Exsudate) abnorm stark gereizt wird, ist eine Unterbrechung zu fürchten. Bei den günstigen Resultaten, welche mit der antiseptischen Methode erzielt werden, hält Veit ein kühneres Vorgehen für berechtigt. Nur warnt er wiederholt vor jeder zu grossen Reizung, verwirft desshalb sowohl die Drainage, welche sicher partielle Peritonitis hervorruft, als auch die extraperitoneale Stielbehandlung, welche bei dem dauernden Reize der Klammer durch reflektorische Reizung der Wehencentra Wehen auslöst. — Von den zwei mit gutem Ausgange von Dr. Fassbender (Berl. klin. Wochenschr., 1876, Nr. 47) in der gynäkologischen Universitätsklinik zu Berlin unter antiseptischen Vorsichtsmassregeln ausgeführten Ovariotomieen bot die zweite mannigfache Schwierigkeiten. Wegen der vielfachen zum Theile unterbundenen Adhärenzen (die festeren Stränge wurden nach der Unterbindung durchschnitten und versenkt — eine feste flächenhafte Adhäsion an der linken Beckenwand musste nach beiden Seiten hin unterbunden werden, ein fester nach vorne haftender Strang wurde mit dem Stiel in der Krassowski'schen Klammer gefasst und Adhäsion und Stiel sodann mit dem Glüheisen getrennt) machte F., um der naheliegenden Möglichkeit der Resorption zersetzter Stoffe vorzubeugen, die Drainage durch das hintere Scheidengewölbe und zwar vom Bauche aus bei bimanueller Fixirung des Durchstichpunktes — zumal die Hegar'schen Befürchtungen sich nicht bestätigt und die von Martin und anderen gemachten Einwände (wie F. aus der Kasuistik nachweist) sich nicht stichhaltig gezeigt haben. Er erörtert zum Schlusse die Frage, betreffend die Kombination von Drainage und extraperitonealer Stielbehandlung, sowie das Lageverhältniss von Stiel und Drainrohr. In den günstig verlaufenen Fällen war, wie im Fassbender'schen, die Drainage in den unteren Wundwinkel gelegt. — Olshausen (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge Nr. 111, 1877) weist darauf hin, dass die mit der Ovariotomie erreichten Erfolge von der Zeit ab erklärlich wurden, wo man kennen lernte, dass das Bauchfell Verletzungen in ausgezeichneter Weise erträgt, ohne darauf zu reagiren, dass es aber gegen septische Infektionsstoffe ungemein empfindlich ist und sie rapid resorbirt. Er erörtert die bisherigen Schutzmittel gegen septische Infektion, welche ursprünglich einzig und allein in der peinlichsten Sauberkeit während der Operation bestanden, weiterhin noch darin, dass nicht in grossen Hospitälern, sondern wo möglich in dem speziellen Zwecke der Ovariotomie dienenden Anstalten operirt wurde. Auf den Vorschlag Marion Sims' sollte man der Gefahr der septischen Infektion mittelst der Drainage durch den Douglas'schen Raum entgehen. Wegener prüfte den Werth dieses letzteren Verfahrens experimentell und verlangte die prophylaktische Drainage in jedem Falle. Nach den neuesten Erfahrungen übt man, und mit voller Berechtigung, die streng antiseptische Operationsmethode und Nachbehandlung. Giftige Wirkungen der im Bauchfellraume zurückbleibendeu Karbollösung sind nach Olshausen's Erfahrungen auszuschliessen. Der Abkühlung beugt man durch erwärmten Spray vor. Der Gebrauch der Drainage bei der Ovariotomie ist mindestens sehr zu beschränken. Kysteninhalt, Blut etc. werden sehr rasch unter Fieber ohne sonstige bedenkliche Erscheinungen oder peritonitische Symptome resorbirt. Die Antisepsis gestattet

dass man die Toilette, was häufig von grossem Belang ist, sehr viel kürzer und unvollständiger zu machen braucht. Die Stielbehandlung betreffend empfiehlt Verfasser die intraperitoneale Methode und die Unterbindung mit Katgut. In 33 bisher von ihm in dieser Weise behandelten Fällen kam nie eine Nachblutung vor, weder Reste solcher Blutungen bei Sektionen, noch Erscheinungen davon am Lebenden. Bei der Behandlung der parietalen Adhäsionen will er nicht, wie üblich, bei unverkleinertem Tumor, sondern bei zusammengefallener Geschwulst die Lösung ausführen lassen, weil, wenn man auch etwas langsamer, so doch sicherer löst. Auch entgeht man dadurch der Gefahr, die Quelle auftretender Blutungen nicht zu erkennen, resp. ihrer Herr zu werden. Olshausen wendet sich sodann zu der Netz- und Darm-Adhäsion, zu jenen der Harnblase, der Rückenwand des Tumors und im kleinen Becken und bespricht schliesslich die Komplikationen bei grosser Zerreisslichkeit der Tumorwandungen. Von häufigerem Vorkommen ist auch das Fehlen eden Stieles und, was noch unangenehmer, das Hineingewachsensein der Tumoren zwischen die Blätter der Ligamenta lata, die sogenannte intraligamentöse Entwicklung. Am allerschlimmsten erweisen sich die papillären Kystome, falls sie in den Ligamentis latis ihren Sitz haben. — Hegar (Volkmann's Sammlung klin. Vortr., Nr. 109, 1877) bringt neben der Mittheilung über 15 unter antiseptischen Kautelen mit gutem Resultate vollführten Ovariotomieen eine Besprechung über die intraperitoneale Versorgung des Stieles, über das Schicksal und die Effekte versenkter Ligaturen, abgeschnürter Gewebsstücke, Brandschorfe, vollständig getrennter in der Bauchhöhle zurückbleibender Massen oder auch zurückgelassener Flüssigkeiten. Als Desinfektionsmittel verwendet er Aqua chlorata, welche auch konzentrirt wenig reizt, die Gewebstheile zusammenzieht und die Blutung eher stillt als befördert. —

„Il Movimento med.-chir.", 1876, bringt Beiträge zur Anatomie, Histologie und Physiologie des Herzens von G. Paladino. Es sind besonders zwei Punkte der feineren Anatomie des Herzens, denen derselbe ein eingehenderes Studium gewidmet hat: die Muskulatur der Atrio-Ventrikularklappen und die den Hohlraum der Ventrikel durchsetzenden queren Muskelstränge. Die in der Substanz der Atrio-Ventrikularklappen gelegenen Muskelfasern (deren Entdeckung gewöhnlich Kürschner 1840 zugeschrieben wird, während Verfasser nachweist, dass sie schon dem Engländer Reid 1839 bekannt waren) sind neuerdings beim Menschen besonders genau durch Gussenbauer beschrieben worden, welcher angibt, dass die Muskelzüge von der Muskelwand der Atrien herstammen und sich innerhalb des ersten Drittels der Klappen überall nachweisen lassen, über diese Gränze aber nicht hinausgehen. Paladino hat ausser menschlichen Herzen auch noch die Herzen zahlreicher Säugethiere (Pferd, Esel, Ochse, Hund) untersucht und ist zu dem Resultate gelangt, dass überall die Atrio-Ventrikularklappen Muskelfasern enthalten und dass diese Fasern sowohl von den Atrien als auch von den Ventrikeln herstammen. Die letzteren, an der unteren (Ventrikel-) Fläche der Klappen befindlich, sind ihrer Richtung nach zu betrachten als Fortsetzungen der Längsfasern der Herzmuskulatur, welche in die Klappen umbiegen und in ihnen ihr Ende finden. Die ersteren, welche der Muskulatur der Atrien entstammen, müssen hingegen als vollständige Fortsetzungen dieser Muskelwandungen angesehen werden, denn es sind in ihnen ebenfalls die beiden in der Wand der Atrien vorkommenden Faserrichtungen, Querfasern und Längsfasern, vertreten. Beim Menschen sind die von der Ventrikelwandung herstammenden Muskelfasern stärker entwickelt als die Abkömmlinge der Muskulatur der Atrien, welche nicht eine kontinuirliche Muskelhaut darstellen, sondern vielmehr aus einzelnen quer und längs verlaufenden Muskelbündeln bestehen. Dagegen tritt bei den Säugethieren ganz allgemein das von der Ventrikelwandung stammende muskulöse Element zurück, während die Fortsetzung der Muskelhaut der Atrien in die Substanz der Klappen stets auf das Deutlichste ausgeprägt ist. Das hier vorliegende anatomische Verhältniss wird am unbefangensten aufgefasst, wenn man sich vorstellt, dass die Muskelhaut der Atrien nicht (wie bisher angenommen) an den Annuli fibro-cartilaginei der atrioventrikularen Ostien aufhört, sondern ganz direkt über diese hinaus in die Substanz der Atrioventrikular-Klappen sich fortsetzt, um schliesslich in der Weise zu endigen, dass sie sich vermittelst eines Theiles der Chordae tendineae an den Wänden des Ventrikels selbst und an den Musculi papillares inserirt. Unter diesen Um-

ständen verwirft Paladino die von früheren Autoren getroffenen Eintheilungen der Chordae tendineae in verschiedene Kategorieen (auch die von Henle in seiner Anatomie gegebene) und substituirt ihnen seine eigene Eintheilung, welche die von der Ventrikelwand kommenden und ausschliesslich am dünnen Rande der Klappen sich inserirenden Sehnenfäden von denjenigen Chordae unterscheidet, die sich an dem dickeren Abschnitte der Klappen inseriren und so eine direkte Verbindung zwischen den in der Substanz der Klappen befindlichen Muskeln mit der Muskelsubstanz der Ventrikel herstellen. — Die Existenz der queren Stränge innerhalb der Ventrikel wird fast von keinem einzigen der neueren Anatomen bemerkt, nur King und Milne Edwards gedenken ihrer. Dennoch sind sie in allen Herzen wirklich vorhanden. Im Allgemeinen lässt sich als Regel aufstellen, dass sie um so stärker entwickelt sind, je weniger das Trabekularsystem der inneren Herzoberfläche ausgebildet ist: sie sind daher verhältnissmässig schwach beim Menschen und erreichen ihre mächtigste Entwicklung in den Herzen der grossen Säugethiere. Sie verlaufen quer durch die Ventrikelhöhle vom Septum ventriculorum nach der Aussenwand des Ventrikels herüber und sind innerhalb des rechten Ventrikels ziemlich genau horizontal, innerhalb des linken mehr schräg gerichtet. Sie bestehen aus Muskelbündeln und Gefässen und aus einem vom Endokardium herstammenden bindegewebigen Ueberzuge. Ihrer Struktur und Anordnung nach müssen sie als accessorische Verstärkungen der Herzmuskulatur angesehen werden, deren Widerstand sie in der Diastole und deren aktive Triebkraft sie in der Systole vermehren. — In dem physiologischen Theile der Arbeit werden einige Versuche am schlagenden Hundeherzen mitgetheilt, aus welchen Paladino folgende Resultate ableitet: 1) Die Atrioventrikular-Klappen sind kontraktil. Innerhalb eines ersten Zeitmomentes ist ihre Kontraktion die Fortsetzung der Kontraktion der Atrien; innerhalb eines zweiten Zeitmomentes die Fortsetzung der Kontraktion der Ventrikel. 2) Die Kontraktion der Atrioventrikular-Klappen übt vermittelst der mit ihren Muskelzügen in direkter Verbindung stehenden Chordae tendineae einen Zug auf die Papillarmuskeln und auf die Ventrikelwand aus. 3) Die queren, die Ventrikelhöhle durchsetzenden Muskelstränge kontrahiren sich synchronisch mit der Systole des Ventrikel. — Zum Schlusse erörtert Paladino ausführlich die Mechanik der Atrioventrikular-Klappen und setzt auseinander, dass dabei folgende drei Faktoren zu berücksichtigen sind: 1) Die Kontraktion der von den Atrien herstammenden Klappenmuskeln, welche, indem sie die Klappen verkürzt und in die Höhe zieht, sie von der Ventrikelwand loslöst und frei in die Ventrikelhöhle hineinhängen lässt. 2) Die Blutwelle, deren Druck die freiflatternden Atrioventrikular-Klappen von der Ventrikelhöhle aus zum Schlusse bringt, und 3) die Kontraktion desjenigen Theiles der Klappenmuskeln, welcher von der Muskulatur der Ventrikel abstammt. Diese Zusammenziehung begleitet den Beginn der Systole der Ventrikel und trägt mit dazu bei, die Klappen gespannt und geschlossen zu halten, während (in der Diastole der Atrien) die von den Atrien herstammenden Klappenmuskeln erschlafft sind. Da von diesen drei Faktoren schon die beiden ersten zum Verschlusse der Klappen ausreichen und der dritte nur den schon stattgehabten Verschluss noch verstärken kann, so ist anzunehmen, dass der Schluss der Klappen jedenfalls vor Beginn der Systole der Ventrikel stattfindet.

Prof. Köhler zu Halle veröffentlicht in Centralblatt f. die mediz. Wissenschaften, 1877, Nr. 8, Untersuchungen über die physiologische Wirkung des sauerstoffhaltigen Terpentinöls, welche sich theils als eine lokale, theils als eine auf die unten genannten Centra gerichtete darstellt. I. Lokal bewirkt das genannte Oel auf der Oberhaut Röthung, Exsudation u. s. w., auf der Conjunctiva bulbi Katarrhe, im Magen und Darme starke Desquamation der Epitelien, hämorrhagische Erosionen und hochgradige Vermehrung der Peristaltik. Subkutan eingespritzt erzeugt es starke phlegmonöse Entzündung und kollaterales Oedem der Umgebung. Als örtliche Wirkung ist schliesslich hervorzuheben, dass das genannte Oel beim Durchgange durch den thierischen Organismus das in den Geweben des letzteren enthaltene Fett auflöst, um es mit dem Urine als fettsaures, beim Erkalten und Stehenlassen dieses Exkretes herauskrystallisirendes Salz zur Ausscheidung zu bringen. Besonders geschieht dieses bei der chronischen Terpentinölvergiftung. — II. Eine centrale Wirkung a) kleiner, in die Blutbahn gelangender Dosen kommt bei subkutaner Einspritzung, beim

nehmen, Einathmen und beim Einspritzen er ein- bis zweiprozentigen Terpentinöl-ulsion in eine Vene durch den Kontakt t den nervösen Centralorganen zu Stande. eselbe äussert sich 1) in einer Reizung r Reflexhemmungscentra von solcher Inten-ät, dass in umgekehrtem Sinne auf diese ntren einwirkende Gifte, wie Ammonium rbonicum auf das Gehirn und Strychnin auf s Rückenmark, in sehr erheblicher Weise ralysirt werden. Kalt- und Warmblüter rhalten sich in dieser Beziehung völlig kon-rm. Dazu kommt 2) eine Reizung des fässnervencentrums in der Medulla oblon-ta, ausgesprochen in Blutdrucksteigerung. ese wieder hat schnellere kräftigere Cirku-ion in der Peripherie, Ohrensausen u. a. mptome von Kongestion zum Hirne, Sinken r Temperatur und Hypersekretion aller rüsen (daher Vermehrung des Harnvolumens, livation, Steigerung des Appetits, Ausfluss s der Nase und Anregung der Diaphorese) Gefolge. Umgekehrt verhalten sich b) össere Dosen. Beim Einspritzen einer 10-zentigen Terpentinemulsion und während r späteren Stadien der chronischen Vergift-g durch Terpentinöl kommt nämlich 3) eine izung der Reflexhemmungscentren nicht hr zur Beobachtung. Wenigstens starben össere Warmblüter (Hunde, Katzen, Lapins) ch Einspritzung vieler Grammen der 10proz. ulsion an der Minimaldosis des nach Kom-twerden der Terpentinölresorption einver-bten Strychnins. 4) Eine nach grossen sen sich entwickelnde Lähmung des vaso-torischen Centrums zieht Absinken des tdruckes und dieses wieder langsamere d schwächere Cirkulation in den peripheren fässen, Entstehen globulöser Stasen, An-igen der Temperatur, Verminderung der rüsenabsonderung (daher Abnahme der Ess-t und des Harnvolumens, Trockenwerden r Schleimhäute, Durst etc.) und zufolge ngelhafter Ventilation des langsamer in den ngenalveolen kreisenden Blutes Schwarz-bung desselben nach sich. 5) Dieses hwarzwerden des Blutes beruht nicht auf er vollständigen Verdrängung des Sauer-ffes. Wenigstens gelingt es noch, an im mente des Todes unter Abschluss der äus-en Luft (mittelst v. Recklinghausen's chter Kammer) entnommenem Arterienblute Absorptionsstreifen des Oxyhämoglobins ktroskopisch nachzuweisen. 6) Kurz vor m Tode kommt es zu einer Lähmung der torischen Centren des Herzens, sowie der Bewegungscentren des Darmes. Der Puls wird beim Einspritzen der 10proz. Emulsion zunächst sehr frequent, um später retardirt zu werden und schliesslich ganz aufzuhören. 7) Eine Beeinflussung des Nervus vagus und depressor durch das Terpentinöl findet nicht Statt. 8) Auch die Respiration wird nach Beibringung der 10proz. Emulsion anfänglich sehr frequent und bald darauf stark verlangsamt. Auf die Beschleunigung der Athembewegungen hat die zuvor ausgeführte Vagusdurchschneidung keinen Einfluss. 9) Weder kleine noch grosse Dosen Terpentinöl zeigen auf die peripheren Nerven und quergestreiften Muskeln irgend welche Einwirkung. Die Zuckungskurve des Froschmuskels bleibt während der Terpentinvergiftung unverändert. 10) Die gährungs- bez. fäulnisswidrige Wirkung des Terpentinöles fand Köhler bestätigt. Ob oder wie weit auch sie an der sowohl unter physiologischen Bedingungen als bei bestehendem einfachen oder septischen Fieber nach Einführung des Terpentinöls in mässigen Dosen an Menschen und warmblütigen Thieren zu konstatirenden Herabsetzung der Körpertemperatur betheiligt ist, lässt sich zur Zeit noch nicht übersehen. —

Ueber die physiologischen und anderweitigen Erscheinungen bei den an Splenotomie Operirten berichtet Barnault (in der Gaz. des Hôp., 1876, Nr. 134). Nachdem er die Zahl der gesammten Splenotomieen auf 19 angegeben, von denen 2 Péan ausgeführt, erwähnt er, dass 11 davon in Folge von Traumen und 8 wegen Hypertrophie und Degeneration dieses Organes stattgefunden haben. Bei den letzteren wurde drei Male ein glücklicher Erfolg erreicht, während fünf Male der letale Ausgang erfolgte. Aus den geheilten Fällen ergibt sich, gleichwie aus den Thierversuchen, dass zur Erhaltung des Lebens und eines erträglichen Gesundheitszustandes das Vorhandensein der Milz nicht nothwendig ist. Da die früheren Aerzte an den Operirten keine physiologischen Beobachtungen über die Folgen der Milzexstirpation gemacht haben, so hat Barnault es übernommen, unter Robin's Anleitung darauf bezügliche Untersuchungen anzustellen und deren interessante Ergebnisse mitzutheilen. Bei der im Jahre 1867 Operirten war nach 18 Monaten das Aussehen ein gutes, die Hautfarbe frisch, weder Magerkeit noch übermässige Fettleibigkeit vorhanden. Es fehlte

Blasegeräusch an den Karotiden, an der Aorta, am Herzen, dessen Töne normal waren. Bei der regelmässig eintretenden Menstruation wurde rothes Blut entleert. Die Verdauung ging bei guter Esslust ohne Störung, ohne Auftreibung oder Schmerz in den Hypochondrien von Statten, ohne Rücksicht auf Quantität oder Qualität der Speisen. Die Leber war normal, die Lymphdrüsen an keiner Stelle vergrössert, die Schilddrüse verkleinert. Die Untersuchung des Blutes und eine Vergleichung zwischen dem der Operirten und dem des Verfassers ergab keinen Unterschied in Bezug auf die rothen Blutkörperchen. Das Verhältniss der weissen zu den rothen war jedoch ein anderes: beim Verfasser 1:300, bei der Operirten 1:250. Acht Jahre nach der Operation waren die weissen Blutkörperchen in geringerer Zahl vorhanden, Esslust und Aussehen gut, doch erbrach sich die Patientin häufiger bei reichlicher Nahrung und trat eine Auftreibung in der linken Bauchseite bei Zufuhr vieler Flüssigkeit ein, was von der Füllung und Ausdehnung der Venen herrührte. Leber, Lymphdrüsen, Herz und Gefässe zeigten kein abnormes Bild, die Kranke fühlte sich kräftig beim Arbeiten, Laufen und Bergsteigen. Die Menstruation blieb regelmässig, die Bauchdecken haben keine Spur mehr von der früheren durch die Ausdehnung bewirkten Erschlaffung und die durch die Milzexstirpation gemachte Narbe war nicht mehr wahrnehmbar. Hervorstechend war jedoch eine übermässige nervöse Reizbarkeit und Verstimmung, die in häufigen Zornausbrüchen zu Tage traten. Die Patientin wurde des Nachts von traurigen Gedanken verfolgt, welche sich bis zu Selbstmord-Ideen steigerten. — Die im April 1876 Operirte hat ein gutes Aussehen und neigt seitdem zur Fettleibigkeit. Bei mässiger Esslust und guter Verdauung ist Widerwillen gegen Fleischspeisen vorhanden. Es entsteht bisweilen Auftreibung im Epigastrium und Erbrechen. Häufig treten Palpitationen des Herzens ein, bei denen Patientin stille stehen muss; Anstrengungen vermag sie nicht zu ertragen. Weder die Leber noch die Lymphdrüsen sind hypertrophisch oder angeschwollen. Das Nervensystem ist angegriffen, die Kranke verstimmt und sehr reizbar. Die Untersuchung des Blutes ergibt eine beträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen. — Obgleich aus diesen Angaben erhellt, dass die Milzexstirpation in den beiden von Péan operirten Fällen nach 2 und 9 Jahren keine eingreifenden Funktionsstörungen bewirkt hat, so übte sie doch in Bezug auf Blutbildung und insbesondere Nervenstimmung einen solchen Einfluss aus, dass spätere Beobachter den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung noch näher werden erforschen müssen. Soviel steht fest, dass bei der ungefährlichen und die Lebenserhaltung nicht beeinträchtigenden Milzexstirpation in den seltenen Fällen, in welchen die Chirurgen sie für indizirt halten, die Operation als lebensrettend vorgenommen werden muss, wenn andere Methoden im Stiche lassen. —

Dr. Levinstein hat schon früher auf die reduzirende und linksdrehende Eigenschaft des Harnes bei chronischer und auf den Diabetes nach akuter Morphiumvergiftung aufmerksam gemacht. Neuerdings theilt er (in der Berliner klin. Wochenschr., 1877, Nr. 6) mit, dass die Morphiumkranken sehr häufig und besonders solche, die Jahre lang grosse Gaben Morphium sich injizirten, an Albuminurie leiden, und zwar ist das Eiweiss als Acidalbuminat (Bence Jonce) enthalten; der mit Salpetersäure reichlich angesäuerte erhitzte Harn lässt nämlich das Eiweiss erst nach dem Erkalten ausfallen und durch Erhitzen wird dasselbe wieder gelöst. Der Zusammenhang dieser Albuminurie mit dem Morphinismus geht daraus hervor, dass dieselbe nach der Entwöhnung vom Morphium verschwindet, und wurde überdies durch direkte Vergiftungsversuche an Thieren bestätigt. — Ferner berichtet Levinstein über vier neue Entziehungskuren bei Morphinismus. Bei allen vier Kranken war Albuminurie nachweisbar, welche kürzere oder längere Zeit nach Vollendung der Kur verschwand. Er vertheidigt auch nach Ansammlung eines grösseren Beobachtungsmateriales die plötzliche Entziehung des Morphiums, nur sei man darauf bedacht, neben den alkoholischen Excitantien auch leicht lösliche Nutrientia zu reichen, und halte die Kranken unter fortwährender scharfer Beobachtung, um sofort sich einstellenden Kollapsen energisch entgegentreten zu können, und das sicherste Mittel, bedenklich werdende Störungen der Cirkulation und Respiration zu beseitigen, ist die Injektion von Morphium.

Max Knies untersuchte 15 Bulbi, welche an verschiedenen Formen des Glaukomes

erkrankt waren, und konnte als ein regelmässiges Vorkommniss die Obliteration des Fontana'schen Raumes feststellen. Die Verwachsung erfolgt durch mehr oder weniger reichliche Zwischensubstanz, immer sind auch die übrigen umliegenden Gebilde betheiligt. Die ganze Umgebung des Schlemm'schen Kanales ist in frischen Fällen zellig infiltrirt und bei abgelaufenen geschieht die Narbenkontraktion konzentrisch gegen denselben. Corpus ciliare, subkonjunktivales Gewebe und centraler Theil der Iris können an der Infiltration gleichfalls Theil nehmen. Die genannten Veränderungen werden nun nicht, wie bisher, als in Folge des intraokularen Druckes und der dadurch bedingten Anpressung der anatomischen Theile entstanden angesehen, sondern als eine primäre Entzündung; zugleich wird die sich entwickelnde Obliteration zur Steigerung des intraokularen Druckes führen. Weiter verdanken nicht der letzteren, sondern der pathologisch-anatomischen Veränderung die Kornealtrübungen, die Anästhesie der Hornhaut, die Iridoplegie, die scheinbare Abflachung der vorderen Kammer, die Accommodationslähmung und die nervöse Hyperämie der vorderen Skleralvenen ihre Entstehung. Die Hornhautveränderungen finden ihre Erklärung darin, dass bei dem gehinderten Abflusse aus dem Fontana'schen Raume die Hornhaut vikariirend Flüssigkeit durchtreten lässt. In einem Falle bestand neben den ersten Entzündungserscheinungen um den Schlemm'schen Kanal ein deutlicher Grad von Stauungspapille, welche möglicherweise, wenigstens beim entzündlichen Glaukom, dem Stadium der Exkavation vorausgeht. (v. Graefe's Archiv, XXII, S. 163.) —

Ueber die Ursache des Kropfes schreibt in einer vorläufigen Mittheilung Prof. E. Klebs an die Prager mediz. Wochenschrift (1877, Nr. 3) was folgt: Ein zwei Monate alter mit starkem Kropfe, behafteter Hund aus dem Salzburgischen, woselbst junge Hunde häufig an dieser Affektion leiden, wurde unter sorgfältigen Messungen genau beobachtet. Innerhalb mehrerer Monate hatte die Drüse nicht entsprechend dem Wachsthume des Thieres zugenommen. Nachdem jedoch am 12. und am 24. November ein naviculae-haltiges Wasser in den Kropf mit der Pravaz'schen Spritze und in den Magen mittelst der Schlundsonde eingespritzt war, zeigte am 15. Dez. der rechte Lappen der Schilddrüse ein Längenwachsthum von 7 Mm., der linke von 9 Mm. Einfaches Wasser und Leitungswasser hatte nie eine kropferzeugende Wirkung. Die Zunahme des Kropfes muss demnach den in dem betreffenden (St. Johannes-) Wasser enthaltenen Organismen Schuld gegeben werden. — Diese Annahme wird unterstützt durch den Sektionsbefund an einem jungen Manne, welcher einer in drei Wochen entstandenen Struma unter Trachealkompression erlegen war. In den Alveolen fanden sich zahlreiche kleine glänzende Körnchen. Kulturversuche mit der vom frischen Präparate genommenen Flüssigkeit ergaben, besonders reichlich nach Zusatz eines der Bräuhausleitung entnommenen Wassers, die Anwesenheit der Naviculae. Dieselben Körper waren auch in einer dem Hunde in der Narkose exstirpirten Drüse vorhanden. —

Das sekundäre tuberkulöse Zungengeschwür bietet nach M. Nedopil meist keine diagnostischen Schwierigkeiten, da die übrigen Erscheinungen der Tuberkulose vor Irrthum schützen. Das primäre tuberkulöse Zungengeschwür hingegen ist oft ohne mikroskopische Untersuchung kaum vom Karzinom zu unterscheiden, während syphilitische Geschwüre, die oft ein ähnliches Aussehen haben, bei erfolgloser Anwendung der antisyphilitischen Mittel ausgeschlossen werden können. Der Verlauf des tuberkulösen Geschwüres ist ähnlich wie beim Karzinom; ein kleines hartes Knötchen am Zungenrande oder am Zungenrücken, das oft übersehen wird, zerfällt endlich und führt zur Bildung eines unreinen Geschwüres mit harter Basis, welches sich meist langsamer als ein Krebsgeschwür vergrössert. Heilung kann nur durch frühzeitige Exstirpation erzielt werden, wodurch vielleicht auch die Entwicklung allgemeiner Tuberkulose hintangehalten oder doch verzögert wird. — Nedopil beobachtete vier Fälle der Krankheit auf Billroth's Klinik; zwei der Individuen waren 32, die beiden anderen 68 und 70 Jahre alt. In drei Fällen wurde das Geschwür exstirpirt und erfolgte in wenigen Tagen Heilung. An den exzidirten Stücken war die Umgebung der Geschwüre mit miliaren Tuberkeln durchsetzt, welche nahe der freien Fläche dichter, entfernter davon spärlicher gesäet waren. Allmähliger Zerfall der Muskelbündel zu einem homogenen, leicht körnigen Plasma, in welchem die in Wucherung begriffenen Muskel-

kerne liegen, scheint nach der mikroskopischen Untersuchung den Anfang des Prozesses zu bilden. Später konfluiren die benachbarten primären Herde und es bilden sich erst dann aus abgeschlossenen Blutgefässtheilen Riesenzellen, was Verfasser daraus schliesst, dass er in einzelnen derselben einen Hohlraum beobachtete, welcher von braunem Pigmente erfüllt war. In den primären Herden kamen keine Riesenzellen vor, erst in den durch Konfluenz mehrerer entstandenen, mit freiem Auge wahrnehmbaren Knötchen. Das Wachsthum des Tuberkels scheint theils durch Kernwucherung (ohne Zellenbildung) in seinem Inneren, theils durch Metamorphose des Nachbargewebes stattzufinden. (Langenbeck's Archiv, 20. Bd.) —

Dr. Hans Adler, ordin. Augenarzt des k. k. Krankenhauses Wieden in Wien, berichtet an das Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften, 1877, Nr. 14, über eine Reihe von pathologischen Prozessen, in welchen er den Sehpurpur — in neuerer Zeit von Boll „Sehroth" benannt und an der physiologischen Netzhaut bei den verschiedensten Thiergattungen und auch beim Menschen wiederholt wahrgenommen — zuerst am kranken und verletzten Menschenauge konstatirt und beobachtet hat. Die im Originale ausführlich geschilderten Fälle repräsentiren nach ihm eine ganze Skala von Störungen der Netzhautfunktion und erlauben mit ziemlicher Sicherheit die Aufstellung folgender für das Menschenauge giltiger Schlüsse: „1) Vorkommen und Intensität des Sehpurpurs steht in geradem Verhältnisse zur Existenz und dem Grade der Sehfunktion der Netzhaut überhaupt. 2) Der Sehpurpur scheint so lange im Menschenauge sich zu erhalten, als die Netzhaut funktionsfähig ist. 3) Er erscheint weniger intensiv bei Trübungen in den brechenden Medien. 4) Er ist nicht vorhanden bei durch Neubildung bedingtem oder aus anderer Ursache entstandenem vollkommenem Mangel der Lichtempfindung der Netzhaut. 5) Er erhält sich durch längere Zeit, mindestens aber eine Stunde auf der von der Chorioidea abgelösten, mit Glaskörper bedeckten Netzhaut des Menschenauges, selbst wenn letzteres mehrfacher Beleuchtung durch Tageslicht ausgesetzt war. 6) Der einmal verschwundene Sehpurpur einer abgelösten Partie der Netzhaut (bei gleichzeitiger Ablösung von der Chorioidea) stellt sich nicht wieder her. Dies wird erwiesen durch jenen Fall, in welchem trotz des Zusammenhanges der abgerissenen Partie mit der übrigen Netzhaut, trotz Fortbestandes eines gewissen Grades von Ernährung (durch Gefässinjektion nachweisbar), trotz Verweilens derselben im Auge überhaupt und in der Glaskörperflüssigkeit insbesondere, trotz des absoluten Schutzes vor eindringendem Lichte der einmal verschwundene Sehpurpur nicht wieder in die Erscheinung trat". —

Dr. W. Preobraschensky hat über das Alkaloid des indischen Hanfes und seiner Präparate (Haschisch) eingehende Untersuchungen angestellt, welche um so wichtiger sind, als die starke Wirkung des Hanfes und insbesondere des Haschisch auf den Organismus durchaus nicht derjenigen entspricht, welche man von den bis jetzt bekannten Bestandtheilen desselben (Harz und ein wenig ätherisches Oel) erwarten sollte. Das unter den Soldaten in den mittelasiatischen Besitzungen Russlands in Aufnahme gekommene Haschisch, welches sich Verf. bei dem Feldzuge nach Chiwa 1873 verschafft hatte, wurde nach verschiedenen Methoden — mit Wasser, Spiritus, Aether, Säuren, Alkalien etc. — behandelt und verschiedenen Arten der Destillation unterworfen, wobei es ihm gelang, in demselben ein flüchtiges Alkaloid nachzuweisen, welches nach Geschmack, Geruch und Reaktion sich als Nikotin ergab und die Wirkung des Hanfes und seiner Präparate bedingt. Aus 100,0 Grm. Haschisch erhielt Verf. durch Behandeln mit Alkalien über 10 bei der Destillation mit Wasserdämpfen 22.25 Mgrm. Nikotin. Bei der trockenen Destillation wurde in 10 Grm. Haschisch 3.81 Mgrm. Nikotin und bei der Destillation im Sandbade mit kaustischen Alkalien in 20 Grm. desselben 56.69 Mgrm. Nikotin nachgewiesen. Ebenso fand sich dieses Alkaloid auch in dem getrockneten Kraute des Hanfes und seinem Extrakte in ziemlich bedeutender Menge. Das aus 50 Grm. Haschisch gewonnene Alkaloid führte, in Lösung unter die Haut eines Hundes gebracht, in fünf Minuten dessen Tod herbei. (Petersburger mediz. Wochenschrift, 1876, 14.). —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 21. *Erlangen*, am 26. Mai 1877.

Wöchentlich 1 Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Behandlung des Blasenkatarrhes. Die Aktivität des Herzens auch während seiner Diastole. Zur Pathologie und Therapie der Trachealstenosen. Ueber lokale Wirkung der Kälte. Wahrnehmbarkeit des Sehpurpurs mit dem Ophthalmoskope. Gegen die Anschauung, dass eine Verarmung der Knochen an phosphorsaurem Kalke nicht vorkomme. Wirkung kohlensaurer Getränke. Chloral als Schmerzstillungsmittel.

Im „Deutschen Archive f. klin. Medizin", XIX, 1, 1877, veröffentlicht Prof. Dr. G. Edlefsen zu Kiel einen längeren Aufsatz **über die Behandlung des Blasenkatarrhes.** Er erörtert zunächst die bisher und zur Zeit herrschenden Anschauungen und geübten Methoden der Behandlung dieses Leidens und empfiehlt **ein neues Mittel** gegen dasselbe, welches nach seinen Erfahrungen sich ganz besonders bewährt hat. Die neuerdings geltend gemachte Ansicht, dass die beste Methode der Behandlung der Kystitis auch bei relativ frischen Fällen in der Einführung von Wasser oder medikamentösen Flüssigkeiten durch die Harnröhre in die Blase besteht, kann Verf. nach seiner Ueberzeugung nicht theilen mit Rücksicht auf die Gefahren, welche damit verknüpft sein können und welche ihn selbst bisher veranlasst haben, diese Methode auf die Fälle zu beschränken, bei welchen sich die innere Anwendung der verschiedenen in Betracht kommenden Medikamente als unwirksam erwies, d. h. auf veraltete diessbezügliche Fälle. — Der Harn ist eine sehr empfindliche Lösung leicht zersetzbarer Substanz, er ist um so empfindlicher, um so leichter zu Zersetzungsvorgängen geneigt, wenn er, wie beim Blasenkatarrhe, Eiweiss, weisse Blutkörperchen und Mucin enthält. Andererseits ist auch die Schleimhaut der Blase eine sehr empfindliche und nichts scheint schädlicher auf sie zu wirken, wenigstens bei schon bestehender kranker Beschaffenheit, als die alkalische Reaktion und vor Allem die ammoniakalische Beschaffenheit des Harnes. Trotz der skrupulösesten Vorsicht und Reinlichkeit wird es nicht immer vermieden werden können — die Erfahrungen beim Katheterismus beweisen dies — dass bei den Einführungen von Flüssigkeiten auf dem bezeichneten Wege gelegentlich einmal jene kleinsten Organismen in die Blase einwandern, welche sich rasch vermehrend die Zersetzung des Harnstoffes anregen oder beschleunigen, die nun wieder zur Steigerung der schon durch die Beimischung von Blut- (Eiter-) Serum zum Harne bewirkten alkalischen Reaktion führen, oder in anderen Fällen den vorher sauren oder neutralen Harn alkalisch und zwar ammoniakalisch machen muss und somit die schädlichen Reize für die Blasenschleimhaut vermehrt, die gerade durch diese Ausspülungen entfernt werden sollten. Auch **Hegar** berichtet viele Misserfolge der lokalen Behandlung von Blasenkrankheiten und, wenn Verf. auch von dem eben erwähnten Punkte ganz absieht, so glaubt er doch mit Recht behaupten zu können, dass hier diejenige Behandlungsweise den Vorzug verdient, die als die wenigst eingreifende zu betrachten ist, d. h. die Einführung eines Medikamentes, von dem keine schädliche Wirkung auf irgend ein Organ des Körpers bekannt ist, in den Magen und von hier in das Blut, während er unbedingt dem Grundsatze des Prof. **Dittel** in Wien huldigt, dass man ohne Noth bei der Kystitis kein Instrument in die Blase bringen soll. Dazu kommt, dass ja auch Fälle von

Blasenkatarrh vorkommen, in welchen wegen hochgradiger Striktur der Harnröhre die Einführung von Flüssigkeit auf die eine oder andere eben besprochene Weise nicht möglich ist, während doch die Behandlung des Blasenkatarrhes keinen Aufschub gestattet. — Das neue Mittel, welches nun Edlefsen gegen das in Rede stehende Leiden empfiehlt, ist das Kali chloricum, welches in der erforderlichen Dosis innerlich gereicht weder auf den Gesammtorganismus noch auf ein einzelnes Organ irgendwie schädlich einwirkt, und glaubt er auch nach den Beobachtungen, die er über die Wirkung dieses mit dem Harne ausgeschiedenen Mittels auf die kranke Blasenschleimhaut gemacht hat, annehmen zu dürfen, dass dasselbe eventuell auch für Injektionen in die Blase besonders empfehlenswerth sei. Die Ursache der so wenig befriedigenden Erfolge bei der Behandlung des Blasenkatarrhes glaubt er darin suchen zu müssen, dass die Mehrzahl der Aerzte „von irrigen Voraussetzungen geleitet und von einer unbegründeten Scheu vor der Anwendung erfüllt“ auf den Gebrauch der „wirksamsten Mittel“, welche bisher gegen den Blasenkatarrh zu Gebote standen, einfach verzichteten oder die Anwendung derselben auf den chronischen Blasenkatarrh beschränken zu müssen glaubten und somit den günstigsten Zeitpunkt dafür versäumten. Diese „wirksamsten Mittel“ sind, neben reichlichem Wassergenusse und unter Beobachtung gewisser diätetischer Vorschriften angewandt, das Terpentinöl und der Kopaivabalsam. „Wer gewöhnt ist“, sagt Verfasser, „das Terpentinöl und den Kopaivabalsam gegen den Blasenkatarrh anzuwenden, der muss, wie ich glaube, mir beistimmen, wenn ich behaupte: es kommen wenig Blasenkatarrhe vor, die bei im Uebrigen rationellem Verhalten der Kranken diesen Mitteln widerstehen, und, die ihnen widerstehen, sind zum grössten Theile solche, die von unheilbaren Krankheiten (Tuberkulose, Krebs) abhängig sind, oder solche, die, ehe sie dieser Behandlung unterworfen wurden, schon sehr lange bestanden hatten“. Nach Verfasser macht kaum ein anderes Mittel bei bestehendem Blasenkatarrhe so sicher und so rasch einen bis dahin alkalischen Harn sauer, wie das Terpentinöl und in zweiter Linie der Kopaivabalsam — und eignen sich dieselben keineswegs, wie Felix v. Niemeyer angenommen zu haben scheint, nur für protrahirte Blasenkatarrhe, sondern sie leisten auch für die ganz frischen Fälle die besten Dienste, der Art, dass Verf. z. B. bei Tripperblasenkatarrhen immer sofort nach dem ersten Auftreten der Symptome den Kopaivabalsam mit dem besten Erfolge verordnet hat, und bei akuten, ein wenige Tage bestehenden Blasenkatarrhen aus anderen Ursachen oft nach nur wenigen Tage fortgesetztem Gebrauche des Terpentinöles vollständige Besserung eintreten sah. Zieht man in Erwägung, dass bei Menschen der normale Harn sauer reagirt, dass also die Schleimhaut der Harnblase an die Bespülung mit saurem Harn gewöhnt und gewissermassen darauf angewiesen ist, so muss man zugeben, dass es nicht ganz ferne liegt, anzunehmen, dass eine alkalische Reaktion des Harnes der Blase nicht zuträglich sei. Es wird daher schon von vorneherein die Wiederherstellung der sauren Reaktion des Urins beim Blasenkatarrhe als Zeichen der Wiederkehr normalerer Verhältnisse zu erstreben sein. Die für die Erreichung dieses Zweckes zunächst indizirten Mineralsäuren entsprechen den diesbezüglichen Erwartungen aber nicht, vielmehr lehrt die Erfahrung, dass saure Reaktion des vorher alkalischen, selbst ammoniakalischen Harnes beim Blasenkatarrhe (vorausgesetzt, dass es sich nicht um besonders hochgradige und eingewurzelte Fälle handelt) meistens sehr bald, mitunter sogar schon in wenigen Stunden eintritt nach der Einführung von Terpentinöl oder Kopaivabalsam in den Magen. Durch diese Mittel wird die Absonderung des katarrhalischen Sekretes vermindert und die wiederhergestellte saure Reaktion des Urins wirkt an sich wieder günstig auf den Zustand der Blasenschleimhaut, womit auch die subjektiven Beschwerden oft sehr rasch nachlassen. Woher es kommt, dass — im Widerspruche hiermit — die alkalischen Mineralwässer seit langer Zeit in so gutem Rufe bei der Behandlung des Blasenkatarrhes stehen, ja dass sogar Lebert das Natron bicarbonicum als Heilmittel desselben rühmt — diese Frage lässt Verf. hier unerörtert und begnügt sich, in dieser Beziehung darauf hinzuweisen, dass bei der Anwendung der Mineralwässer die starke Verdünnung des Harnes durch das viele eingenommene Wasser, also die Ausspülung der Blase, eine Hauptrolle spielen dürfte. Allerdings vermag er aber auch nicht zu bestreiten, dass in einzelnen Fällen das Terpentinöl Reizungs- resp. Entzündungs-Erscheinungen der Nieren und Blase, selbst Hämaturie, herbeiführen könne; doch bezeichnet er diese als seltene Ausnahmen, welche ihn nicht daran hindern könnten, das Terpen-

inöl und den Kopaivabalsam gegen den Blasenkatarrh anzuwenden; ausgenommen seien nur diejenigen Fälle, in welchen Komplikationen mit Magengeschwür, Magenkatarrh und Nierenentzündung vorhanden sind, oder in welchen dyspeptische Beschwerden oder dergleichen nach der Anwendung jener Mittel auftreten. Die anderweitig empfohlene Gerbsäure, Folia uvae ursi, Salicylsäure und Benzoësäure erweisen sich nach Verfasser zwar in einzelnen Fällen erfolgreich, doch nicht stichhaltig. — Das Eingangs erwähnte neue Mittel dagegen, welches wirklich heilend wirke, das Kali chloricum, glaubt Edlefsen aber nach gewissenhafter Prüfung mit voller Ueberzeugung empfehlen zu müssen. Dasselbe sei durchaus rationell, beschwere den Magen niemals und sei ganz ungefährlich. Er hat es in einer grossen Anzahl von Fällen als sehr wirksam bewährt gefunden, auch ersetze es das Terpentinöl in den Fällen, in welchen dieses kontraindizirt erscheint, vollkommen. Dass die chlorsauren Salze beim inneren Gebrauche in den Harn übergehen, ist schon 1856 von Isambert nachgewiesen worden und lag es für Verfasser nahe, nach Analogie der spezifischen Wirkung des chlorsauren Kali auf die Mund- und Rachen-Schleimhaut auch von der im Harne unverändert erscheinenden Chlorsäure eine günstige Wirkung auch auf die Blasenschleimhaut zu erwarten, um so mehr, als auch diese, wie die erstgenannten, mit Pflasterepitel ausgekleidet ist, welchen Umstand Verfasser als das bestimmende Moment für die in Rede stehende Wirkungsweise des Kali chloricum bei Affektionen gerade dieser Schleimhäute in Anspruch nimmt, was schon daraus hervorgehe, dass Affektionen benachbarter Schleimhautgebiete (Trachea, Bronchien) davon unbeeinflusst bleiben. Die Wirkung des Mittels nur aus einem kontrahirenden Einflusse auf die Gefässmuskulatur zu erklären, wie Husemann will, scheint ihm jedenfalls nicht richtig, da es sich dabei nicht allein um eine Beschränkung der Hyperämie und des Katarrhes handle, sondern entschieden auch um eine Beförderung des Heilungsprozesses bei Geschwüren; die oft überraschend schnelle Heilung stomatitischer Geschwüre mache den Eindruck, als ob unter der Einwirkung dieses Mittels die Neubildung der epitelialen Decke wesentlich gefördert werde. — Die Erfolge, welche Verf. nun mit dem Kali chloricum bei dem Blasenkatarrhe erzielt hat, sind ausserordentlich günstige; doch gibt es auch Fälle, welche von ihm unbeeinflusst gelassen werden, und für diese will Verfasser das Terpentinöl und den Kopaivabalsam reserviren. Er verordnet für Erwachsene gewöhnlich: Kali chloric. 15.0, Aq. dest. 300.0, 2—3stündl. einen Esslöffel voll zu nehmen. Er legt auf diese Form der Verordnung einiges Gewicht, weil er es für nothwendig erachtet, das Mittel in möglichst-rasch folgenden Dosen in den Magen zu bringen, um eine möglichst gleichmässige und ununterbrochene Ausscheidung durch die Nieren zu erzielen. Manchen Kranken wird bei etwas längerem Gebrauche das chlorsaure Kali durch seinen faden Geschmack zuwider; für solche Fälle empfiehlt sich als corrigirender Zusatz etwas Kirschlorbeerwasser (etwa 10.0 zu 300.0), während von der Verwendung irgend eines Syrups als Geschmackscorrigens für Erwachsene ganz abzurathen ist. — In Bezug auf die Art der Wirkung des Mittels bemerkt Edlefsen, dass er in der Regel bei seiner Anwendung den Eitergehalt des Harnes sich rasch vermindern sah — ein wichtiger Unterschied von der Wirkung der Salicylsäure —; dass die subjektiven Beschwerden fast immer schwanden oder nachliessen, selbst wenn die Eiterabsonderung nicht vollständig gehoben wurde; dass dabei die saure Reaktion des Harnes meistens bald wiederhergestellt wurde, jedoch nicht so rasch, wie in der Regel nach Terpentinöl, und dass in der Verminderung der Absonderung einerseits und der Herstellung einer normalen Schleimhaut, vielleicht gerade eines normalen Epitels, andererseits nach seiner Ansicht die Hauptwirkung des Mittels besteht. —

Die alte Vermuthung, dass das Herz auch während seiner Diastole aktiv sei, fand letzthin und besonders in Italien einige Anhänger. Die DD. Mosso und Pagliana haben diese Theorie einer neuen Prüfung unterworfen. Um die Kraft der Diastole zu messen, wurde eine doppelte Kronecker'sche Kanüle in ein Froschherz eingeführt und mit einer Schnur in der Ventrikelfurche festgebunden. Eine Mariotte'sche Flasche mit einer Mischung von defibrinirtem Blute und Serum gefüllt, diente zum Ausspülen und zur künstlichen Ernährung des ausgeschnittenen Herzens. Das Herz wurde darauf in einem mittelst durchbohrten Kautschukpfropfens verschlossenen Gefässe in der Weise angebracht, dass es in eine Kochsalzlösung tauchte, welcher nur eine Oeffnung

für ihre Bewegung übrig blieb. Mit dieser Oeffnung war ein kleines horizontales Rohr verbunden. Während der diastolischen Dilatation des Herzens wurde ein entsprechendes Volum der Kochsalzlösung herausgedrängt und während der Systole wurde dieselbe nach dem Gefässe gezogen. Die Schwankungen der Flüssigkeit im Rohre entsprachen den Veränderungen des Volumens des Ventrikels. Durch die Eintheilung der horizontalen Röhre konnte man mit Genauigkeit die Ausdehnung der Bewegung bestimmen. Das Blut des Herzens kommunizirte mit einer ähnlichen Röhre und durch einen doppelten, vor der Herzkanüle befindlichen Glashahn konnte man den künstlichen Kreislauf beliebig unterbrechen. Während einer solchen Unterbrechung zeigte sich in beiden Röhren eine entgegengesetzte Bewegung des Blutes und der Kochsalzlösung. Die beiden graduirten Röhren lagen horizontal auf einem Gestelle und man konnte durch zwei Schrauben dieselben heben und senken. Ein in Millimetern graduirter Massstab zeigte den Unterschied des Niveaus der beiden Röhren. Durch diese Einrichtung konnte man beliebig den Druck inwendig oder auswendig wechseln lassen. Wenn die äussere Röhre gehoben wurde, so wurde ein bestimmter Druck auf die Oberfläche des Herzens ausgeübt und man konnte die Kraft messen, die das Herz während der Diastole entwickelt. Mässige Frösche überwanden nur einen Druck von 15—20 Mm. Wasser; 20 Mm. waren meistentheils genügend, um die diastolischen Bewegungen des ausgeschnittenen Herzens zu unterdrücken. Unter einem Druck von 750 Mm. Wasser gingen die systolischen Zusammenziehungen weiter fort. Die Aktivität der Diastole hängt also nicht von einer aktiven Ausdehnung der Muskelfasern, sondern nur von der Elastizität des Herzens ab. Die Verf. brauchten diesen Apparat auch, um die Veränderungen des Tonus und der Elastizität des Herzens zu studiren, und sie haben schon einige pharmakologische Versuche über die Wirkung des Chinins veröffentlicht. Die experimentelle Kritik der aktiven Diastole gab die Veranlassung zu einer Reihe von Versuchen über die Todtenstarre des Herzens mit Anwendung des Plethysmographen von Mosso. Das Herz eines Hundes oder eines Kaninchens wurde gleich nach Zerstörung des Rückenmarkes herausgeschnitten und sein linker Ventrikel dicht an der Basis über eine gläserne Kanüle gebunden. Man tauchte gleich nachher das Herz in ein Bad von Kochsalzlösung oder Serum in derselben Weise, wie in dem vorigen Apparate beschrieben wurde. Durch die Drehung eines Hahnes wurde das Herz mit defibrinirtem Blute gefüllt. Bereits 5 oder höchstens 10 Minuten nach dem Tode fängt der Versuch an. Die Einrichtung des ganzen Apparates erlaubt die Veränderungen des Tonus und den Gang der Rigidität unter einem beliebigen konstanten Drucke zu verfolgen, und man kann die Wirkung der Gifte und des künstlichen Kreislaufes graphisch bestimmen, ohne das Herz zu berühren. Die Starre des Hundeherzens begann regelmässig vier Stunden nach dem Tode. Die Kurve der Zusammenziehung stieg Anfangs sehr rasch, im weiteren Verlaufe jedoch immer langsamer; acht Stunden nach dem Tode hat die Zusammenziehung des Herzens ihr Maximum erreicht, worauf bis zur Fäulniss keine Erschlaffung mehr eintritt. Das Froschherz zeigt eine bedeutende Zusammenziehung in Folge der Todtenstarre, auch wenn die spontanen Bewegungen noch nicht aufgehört haben. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1877, Nr. 17.) —

W. Koch tracheotomirte wegen Diphtherie einen $3^1/_2$jährigen Knaben, welcher weiterhin von schwerer Wunddiphtherie befallen wurde, aber trotzdem genas. Vier Wochen später, nach völliger Vernarbung der Wunde, entwickelten sich die ersten Erscheinungen einer Trachealstenose, welche innerhalb neun Tagen so hochgradig wurden, dass eine zweite Tracheotomie nöthig war. Dabei wurden fünf erbsengrosse gestielte Granulationen entdeckt, nach deren Wegnahme die Athmung völlig frei war und auf das Einlegen einer Kanüle verzichtet wurde. Wiederum drei Wochen später begannen neue Stenosenerscheinungen und wenige Tage später musste zum dritten Male die Tracheotomie ausgeführt werden. Dabei zeigte sich eine kirschengrosse serumerfüllte Blase an einem Stiele, welcher in der Gegend des Ringknorpels festsass und an seinem freien Ende mehrere Granulationsgeschwülste trug. Die Blase und ein Theil der letzteren wurde abgerissen, der Stiel aber konnte hinterher nicht mehr gefasst werden. Erst geraume Zeit später, nach Aetzung der Granulation mit Chromsäure, genas der Knabe und konnte von seiner Kanüle befreit werden. — Auf Grund dieser wichtigen Beobachtung bespricht Koch die Pathologie und Therapie der Granulationsstenosen in

Trachea. Es kommen nach ihm hiätiologisch drei Momente in Betracht: Die Granulome entstehen durch übermässige herung der von der Schnittwunde ausenden Granulationen und der auf sie ausbte inspiratorische Zug bewirkt einerseits überfüllungen und Oedeme, andererseits Stielbildung; 2) die Granulationen könauch von vernarbenden diphtherischen chwüren der Tracheal-, resp. Laryngealleimhaut, sie können 3) von Dekubitushwüren ausgehen. Endlich können auch genförmige Lappen, welche sich aus der erminirten und theilweise zerstörten Schleimt gebildet haben, sowie phlegmonöse Inationen der Schleimhaut stenosirend wir. — Bei der Diagnose muss immer an Möglichkeit einer Multiplizität der verernden Gewebe gedacht werden. Charakstische Eigenthümlichkeiten der Granulasstenosen der Luftröhre bestehen in der inderung nur der Inspiration und in der ernden Verschlimmerung des Zustandes, ald die Athemnoth einmal aufgetreten ist. hrend bei Kehlkopfstenose der Kehlkopf r weite Exkursionen macht, bewegt er sich Trachealstenose gar nicht oder nur innerhalb der normalen Gränzen. Aus diesem Zeichen lässt sich der ungefähre Sitz des Hindernisses bestimmen. Es soll fernerhin an der verengerten Trachealstelle ein schlürfendes Stenosengeräusch deutlich gehört werden können. Kann man eine Kanüle einführen, welche auf der Höhe der Konvexität eine Öffnung trägt und athmet nach Verschluss der äusseren Oeffnung das Kind vollkommen frei, so gestattet dies einen sicheren Schluss auf das intakte Verhalten des Kehlkopfes. Therapeutisch räth Koch zu einer möglichst frühzeitigen und vollständigen Entfernung der Neubildungen, möchte aber von der Laryngotomie nur abgesehen wissen. Das lange Liegenlassen der Kanüle, wie es französische Autoren thun, billigt er nicht. (Langenbeck's Archiv, XX, S. 540.) —

Ueber die lokale Wirkung der Kälte veröffentlicht im deutschen Archiv f. klin. Medizin, XVIII, S. 576, Virginie Schliff mehrere Beobachtungen, welche sämmtlich am Menschen angestellt sind, indem in verschiedene Höhlen ein Thermometer eingeführt, bei konstanter Temperatur auf die Ausfläche derselben eine Eisblase applizirt und der Einfluss der letzteren auf den Temperaturgang unmittelbar abgelesen wurde. Die Resultate sind folgende: 1) Messungen in der Mundhöhle (ein dünnes Thermometer liegt zwischen Wange und Zahnfleisch und eine kleine Eisblase auf der Aussenfläche der betreffenden Wange). Schon nach 5 Minuten erfolgt eine deutliche Abkühlung, welche nach einer Stunde 5.1° erreicht hat. Nach Entfernung der Eisblase steigt die Temperatur wieder an und das Thermometer zeigt nach 30 Minuten die Ausgangstemperatur. Je dicker die Wange der Versuchsperson ist, um so geringer ist der Temperaturabfall. 2) Messungen in der Hohlhand (Thermometer in der geschlossenen Hohlhand, Eisblase auf dem entsprechenden Handrücken). Die Temperatur sinkt konstant und in gleichen Zeiträumen fast gleichmässig. Temperaturabfall in 70 Minuten um 5.8°. Nach Entfernung der Eisblase steigt zwar wieder die Temperatur, hat aber selbst nach einer Stunde noch nicht die ursprüngliche Höhe wieder erreicht. 3) Messungen in der Pleurahöhle (die Versuche wurden an zwei Empyemen gemacht, an denen die Thorakokentese ausgeführt worden war, indem man durch die Wunde ein Thermometer hart bis an die Kostalpleura einführte und auf der gegenüberliegenden Aussenfläche eine Eisblase applizirte). Bei dem ersten Kranken fiel die Temperatur innerhalb einer Stunde um 3.7° herab, während sie in der Achselhöhle (vielleicht nur zufällig) sich um 0.2° erhöhte. 50 Minuten nach Wegnahme der Eisblase wurde die Ausgangstemperatur abgelesen. Aehnlich fiel die Beobachtung bei einem zweiten Kranken aus. 4) Messungen im Darme. (Der Versuch wurde an einer Person mit Darmfistel angestellt, welche in Folge eines brandig gewordenen Inguinalbruches sich gebildet hatte. Man führte das Thermometer durch die Fistelöffnung in den Darm ein und applizirte auf die Bauchdecken oberhalb der Thermometerkugel eine Eisblase; Dicke der Bauchdecken 4 Cm.) Innerhalb einer halben Stunde fiel die Quecksilbersäule um 2.3°. Der Versuch musste nach dieser Zeit abgebrochen werden. 5) Messungen in der Vagina (das Thermometer in der Scheide, die Eisblase auf der unteren Hälfte des Abdomens). Es dauerte 25 Minuten, bis die Temperatur niedriger wurde; in verschiedenen Versuchen schwankte der Temperaturabfall von 0.35—0.8°. Die Dicke der Bauchdecken zeigte sich von grossem Einflusse. 6) Messungen in einem Fistelgange (es handelte sich um eine

Caries necrotica des oberen Theiles der Tibia; die Fistelöffnung führte bis auf den Knochen; die Weichtheile in deren Umgebung waren ödematös und entzündet. Das Thermometer wurde 4 Ctm. tief eingeschoben, während die Eisblase auf der äusseren Unterschenkelfläche ruhte). Die Temperatur sank in 80 Minuten um 0.5°. 7) Wärmeentziehung von inneren Oberflächen aus. Eine Person genoss 400 Cc. Wasser von 8° C. und nahm dann Bauchlage ein. Die Hauttemperatur über dem Epigastrium sank um 2°. Das Sinken dauerte 20 Minuten an, dann stieg die Temperatur wieder und erreichte nach 25 Minuten die ursprüngliche Höhe. Eine andere Person erhielt ein Klysma von 10°, während ein Thermometer die Temperatur der Haut über dem linken Hypochondrium bestimmte. In 30 Minuten sank die Temperatur um 3.1°, um dann schnell wieder anzusteigen. —

In der Versammlung des naturwissenschaftlich-medizinischen Vereines zu Innsbruck vom 7. Febr. d. J. berichteten die Privatdozenten DD. J. M. Dietl und Ferd. Plenk über einige Versuche aus dem physiologischen Institute zu Innsbruck, betreffend die Wahrnehmbarkeit des Sehpurpurs mit dem Ophthalmoskope, welche Versuche ihnen darzuthun schienen, dass die Farbe des Augenhintergrundes nicht, wie Boll angibt, vom Sehpurpur herrühre, ja dass man diesen durch die gebräuchliche Art der Augenspiegeluntersuchung überhaupt gar nicht einmal wahrnehmen könne. Abgesehen vom Hinweise auf den im ophthalmoskopischen Bilde graublauen Hintergrund des mit sehr intensivem Sehpurpur ausgestatteten Froschauges sollte sich dieses aus folgendem Versuche ergeben: Wenn man ein albinotisches Kaninchen (es ist sehr zweckmässig, vorher ein Iriskolobom anzulegen) aus einer Karotis verbluten lässt, so blasst der Augenhintergrund etwas ab; wird von der anderen Karotis aus eine Milchinjektion gegen den Kopf hin ausgeführt, so sieht der Beobachter mit dem Augenspiegel jenen in rascher Weise gänzlich erbleichen: der Augenhintergrund wird gleichmässig milchweiss, Details sind nicht mehr erkennbar. Die Milch wurde als Injektionsflüssigkeit gewählt, um einerseits den Einfluss der Choroidealgefässe auf die Farbe des Augengrundes zu studiren, andererseits um auf der weissen Unterlage leichter die rothe Farbe der Retina wahrnehmen zu können. Nun hat Helfreich angegeben, dass es ihm gelungen sei den Sehpurpur als tief gesättigtes Chamoi von sehr kräftiger Nuance ophthalmoskopisch zu sehen und zwar in dem einen Auge eines früher im Dunkeln gehaltenen Kaninchens während er in dem anderen früher intensiv beleuchteten Auge desselben Versuchsthieres keine Spur davon wahrnehmen konnte. Die anatomische Untersuchung der ausgeschälten Bulbi ergab im ersteren eine deutliche rothe Farbe der Netzhaut, während im zweiten dieselbe vollkommen verblichen war. Durch diese Angaben veranlasst modifizirten die Verfasser ihren Versuch in folgender Weise: Einem Kaninchen, mehrere Tage vorher iridektomirt und im Dunkeln gehalten, wurden bei Natriumlicht die Augen sorgfältig verbunden und zur Operation hergerichtet. Während das Thier aus einer Karotis verblutete, wurde in die andere Milch injizirt, bis diese nur wenig mit Blut tingirt aus der ersteren abfloss. Jetzt wurde, neuerdings bei Natriumlicht, der Verband entfernt und allsogleich nach Fall des Verbandes das Auge bei Gasbeleuchtung mit dem Augenspiegel im aufrechten Bilde untersucht; der erste Blick — sowohl mit dem lichtstarken als auch mit dem lichtschwachen Jäger'schen Augenspiegel — ergab einen gänzlich weissen Augenhintergrund ohne Spur von Roth, Details nicht sichtbar. Es wurde nun Blut injizirt; die Choroidealgefässe füllten sich wieder mit demselben ohne dass ein Extravasat sichtbar wurde. Die $^1/_4$ Stunde später bei Natriumlicht herausgenommene Retina war schön blass rosenroth wie in Augen, welche längere Zeit nicht beleuchtet wurden. Der Versuch gelang in gleicher Weise wiederholt mit demselben Resultate, auch bei Benutzung von Petroleumlicht statt Gaslicht. — Diese Versuche schienen den DD. Plenk und Dietl zu beweisen, dass bei gewöhnlicher künstlicher Beleuchtung des Augengrundes der Sehpurpur nicht sichtbar ist, denn die Versuchsthiere befanden sich vor dem massgebenden Augenblicke stets im Dunkeln, beziehungsweise nur durch kurze Zeit im Natriumlichte, und doch liess der erste Blick, selbst mit dem lichtschwachen Spiegel, im Auge kein Roth erkennen, während doch die anatomische Untersuchung das Vorhandensein des Sehpurpurs nachwies (Centralbl. f. d. med. Wiss., 1877, 21. April).

Dr. J. Forster wendet sich in der Zeitschrift f. Biologie, XII, S. 464 ff., gegen die

euerer Zeit vielfach, namentlich auf Grund Versuche von Weiske, ausgesprochene hauung, dass eine Verarmung der chen an phosphorsaurem Kalke ht vorkomme. Er bezieht sich auf früher bereits in einer anderen Richtung erthete Versuche, welche die Möglich- der Verarmung der Knochen an Kalk Phosphorsäure nachweisen. Ein grösserer d wurde 26 Tage lang mit den bei der tellung des Fleischextraktes bleibenden chrückständen, Fett und aschefreiem kmehle gefüttert. Das Futter enthielt 1 Grm. Stickstoff, ausgeschieden wurden 2 Grm. Stickstoff, so dass die Ausgabe 47.1 Grm. Stickstoff mehr betrug als die ahme. Da dieser Verlust durch Erbrechen Nahrung an einzelnen Tagen bewirkt ist, welchen der Hund somit hungerte und seinem Körper zehrte, so ist im Ganzen Versuchsthier als im Stickstoff-Gleich- chte befindlich zu betrachten. Mit der rung wurden ferner aufgenommen 2.29 Grm. ium, im Kothe wurden dagegen entleert 0 Grm. Rechnet man für den Harn als mum eine Ausscheidung der obigen 2.29 , so hat der Körper 15.50 Grm. Calcium egeben. Dieser Kalkverlust wird nur zum eren Theile von den Weichtheilen ge- en. Unter Zugrundlegung der Analysen Blutes und der Muskeln berechnet Forster, die Weichtheile im Maximum 1.93 Grm. ium hergegeben haben; es entfallen somit die Knochen 13.57 Grm. Dasselbe gilt die Phosphorsäure. Die angegebene Menge ist in den Knochen mit 16.06 Grm. sphorsäure verbunden; abgegeben sind Körper 17.3 Grm. (nach Abzug der von Weichtheilen gelieferten Phosphorsäure). diese Uebereinstimmung spricht dafür, der Körper in der That phosphorsauren abgegeben hat, der nur von den Kno- stammen konnte. Gegen diese Deutung Phosphorsäureverlustes hat Weiske ein- endet, dass auch die organische Grund- der Knochen sehr wohl eine Abnahme erfahren können, also ein gewisser An- des Knochensystems unter Freiwerden phosphorsaurem Kalke zu Grunde ge- gen sein könne. Forster kann diesen wand nicht anerkennen. Die Mehraus- eidung von Stickstoff fällt mitten in die suchsreihe, beruht also jedenfalls zum sten Theile auf der Zersetzung von zirku- ndem Eiweiss, nicht von Organeiweiss, auch nicht von der organischen Grund- lage des Knochens. Wäre die Annahme von Weiske richtig, so müsste an den Tagen, an welchen die Stickstoffausscheidung die Einnahme wesentlich überstieg, auch die dem Stickstoffgehalte der Knochen entsprechende Menge Phosphorsäure und Kalk ausgeschieden worden sein. Das ist nun durchaus nicht der Fall; die Kalkausscheidung und Phosphorsäure-Ausscheidung sind vielmehr am Anfange des Versuches grösser und nehmen dann stetig ab — werden also durch die vermehrte Stickstoff-Ausscheidung in keiner Weise beeinflusst. — Das gleiche Resultat ergibt ein zweiter Versuch. Das 25 Kilo schwere Versuchsthier gab 14.21 Grm. Calcium von seinem Körper her. Es steht somit fest, dass bei einer sonst ausreichenden, aber nicht genügend kalkhaltigen Nahrung sämmtliche Organe, in hohem Grade die Muskeln, aber noch mehr das Skelet, an Kalkerde verarmen. Ob diese Abnahme so erheblich ist, dass sie sich durch Analyse beliebig herausgegriffener Knochen feststellen lässt, ist dabei ganz gleichgiltig. Bemerkenswerth ist noch, dass der Kalkgehalt des Fleisches so niedrig ist, dass unter Umständen die Kalkmenge bei ausschliesslicher Fleischfütterung unzureichend ist. —

Kohlensäure bildet einen so wesentlichen Bestandtheil der natürlichen Mineralwässer, sowie der verschiedensten und gebräuchlichsten künstlich bereiteten Getränke, dass man meinen sollte, die Wirkung dieses Gases, wenn im Wasser gelöst dem Magen einverleibt, müsse längst bekannt sein; und doch ist dieselbe bisher nur wenig genau studirt worden, während man den Folgen erhöhten Kohlensäuregehaltes der Respirationsluft eingehende Aufmerksamkeit geschenkt hat. Freilich waren letztere Untersuchungen von um so grösserem Interesse, als ja durch die Respirationsorgane die im Körper selbst gebildete Kohlensäure ausgeschieden wird und daher schon Störungen im Mechanismus der Respiration ähnlich wie Kohlensäureinhalation wirken und die Folgen der Anhäufung dieses Gases in Blut und Geweben zeigen mussten. So klar und einstimmig nun die Angaben über die Wirkung der Kohlensäure, so unsicher und widersprechend sind die über die Wirkung der kohlensauren Getränke. Im Wesentlichen wird die letztere folgendermassen beschrieben: Abgesehen von ihren Wirkungen auf die Mundhöhle erregen dieselben zunächst im Magen Gefühl

von Wärme und Spannung; die sensiblen Magennerven sollen beruhigt, die Peristaltik des Magens und Darmes angeregt werden. Auch Beförderung des Appetites und der Verdauung (Nothnagel), Anregung der Sekretion des Magens (Braun, Diruf) werden behauptet, während Valentiner diese letztere als durchaus fraglich hinstellt. Ferner sollen die Respiration und der Puls beschleunigt werden (Braun, Seegen, Diruf, Dobson), während Lichtenfels und Fröhlich sowie Kerner Verlangsamung des Pulses beobachteten; nach letzteren Autoren soll auch die Körpertemperatur um ein Geringes sinken. Die Gesammtbewegungen des Organismus sollen frischer wie energischer und die Geistesthätigkeit angeregt werden (Seegen, Diruf), bei grösseren Mengen soll Schwindel, Hirnkongestion und ein Zustand eintreten, der von den Badeärzten als „Brunnenrausch" bezeichnet wird. — Zum Theile soll die Kohlensäure in den Harn übergehen. Die Harnsekretion soll gesteigert werden (Nothnagel, Seegen); Rosenstein nennt die kohlensauren Getränke sogar die besten Diuretica. Auf der anderen Seite wird eine Wirkung derselben auf die Nieren von Diruf gar nicht erwähnt. Wie man sieht, sind alle diese Angaben theils sehr unbestimmt, theils einander widersprechend. — Faktisch wird die Wirkung kohlensäurehaltiger Getränke auf den Magen therapeutisch und diätetisch unzählige Male benutzt; auch jene auf die Harnsekretion erscheint als eine sehr plausible; doch muss es nach Prof. H. Quincke zu Bern, wenn man diese allein in's Auge fasst, immer zweifelhaft bleiben, ob nicht die Menge des eingeführten Wassers, die Salze u. s. w. die wesentliche oder alleinige Ursache der Harnvermehrung seien. Er hat versucht, zunächst die diuretische Wirkung durch einige Beobachtungsreihen an Gesunden festzustellen und erhielt folgende Resultate: 1) Kohlensäurehaltiges Getränk wirkt diuretisch, insoferne die Harnsekretion darnach reichlicher ist als nach gewöhnlichem Wasser. 2) Diese stärkere Diurese ist aus schnellerer Resorption zu erklären. 3) Die beschleunigte Resorption erklärt auch manche andere Erscheinungen nach kohlensäurehaltigem Getränk. 4) Der Blutdruck wird durch kohlensaures Getränke nicht, die Pulsfreqenz nur unbedeutend beeinflusst. 5) Die Respirationsbewegungen werden reflektorisch durch kohlensäurehaltige Getränke tiefer und langsamer. (Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmakol., VII. Bd. 2. Heft, 1877.) —

Dr. Thomas Stritch Dowse versuchte in solchen Fällen, in welchen der innerliche Gebrauch von Chloral kontraindizirt schien, dasselbe äusserlich als Schmerzstillungsmittel. Gewöhnlich nimmt man zwar allgemein an, dass das Chloralhydrat innerlich nur als Schlafmittel wirkt und vorhandene Hyperästhesieen nicht herabzusetzen vermag, sondern eher einen Zustand von Hyperästhesie hervorbringt. Verfasser führt gegen diese Ansicht die Gefahr an, welche er bei äusserlicher Anwendung des Chloralhydrats als Anodynum gehabt hat. Er schliesst daraus, dass es direkt auf die Nervensubstanz einwirke. Die schmerzstillende Wirkung einer Lösung von Chloral, welche örtlich applizirt wurde, erprobte Dowse bei schmerzhaften Geschwüren, besonders Krebsgeschwüren, bei Eczema impetiginodes, Dekubitus, Arthritis und Abszessen in der Achselhöhle. In Fällen von Rückenmarkskrankheiten, welche mit heftigen Schmerzen an gewissen Körperstellen verbunden waren, sowie in einem Falle von Pleurodynia rheumatica liess er zunächst durch ein Blasenpflaster, die Haut entfernen und dann die Stelle mit Chloralhydratlösung verbinden. Schliesslich empfiehlt er, in Fällen von Tetanus das Chloralhydrat in der Weise zu versuchen, dass man die Kranken in ein mit heisser Chlorallösung getränktes Laken einschlägt. Zum äusseren Gebrauche verordnete er die folgenden Lösungen: 1) 4 Drachmen Chloral auf 1 Pinte Wassers; 2) 4 Drachmen Chloral auf 1 Unze Glyzerin und 16 Unzen Wasser; 3) 4 Drachmen Chloral auf 4 Drachmen Chlorzinklösung und 16 Unzen Wassers und 4) 1 Drachme Chloral auf 2 Drachmen Liq. ferri sesquichlorati und 16 Unzen Wasser. Die Applikation dieser Lösungen auf Wundflächen erfordert einige Sorgfalt; Stücke Charpie genau von der Grösse der wunden Stelle müssen mit der Lösung getränkt und mit der Wundfläche in engen Kontakt gebracht werden, darauf kommen drei bis vier Lagen von in heisses Wasser getauchter und wohl ausgerungener Charpie und darüber ein Stück geölten Silks. (Med. Examiner, Oct. 26, 1876.

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

№ 22. *Erlangen*, am 2. Juni 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 4 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Resultate aus Beobachtungen von Kokkobakteria-Vegetationen in geschlossenen Entzündungsherden. Ueber Gliome. Cicutinwirkungen. Harnstoffbildung in der Leber. Ueber chronische Pneumonie und Lungenschwindsucht nach Vagusdurchschneidung. Fälle von Wiederherstellung der Sensibilität und Motilität nach schweren Verletzungen. Zum Esmarch'schen Verfahren zur Erzielung künstlicher Blutleere. Zur Operation der Hasenscharte. Neues künstliches Trommelfell. Werth gesunder Arbeiterwohnungen. Zur Behandlung der Nasenkatarrhe. Schicksal des transfundirten Blutes.

Nachdem Prof. Billroth seinen Standpunkt zu der Bakterien-, Sepsis- und Lister-Frage dargelegt hat, dem zufolge es als zweifellos erscheinen muss, dass die Haftung von aussen kommender Infektionsstoffe auf Wunden wesentlich durch die Kokkobakteria-vegetationen vermittelt wird, macht er in seiner neuesten in Gemeinschaft mit F. Ehrlich veröffentlichten Arbeit über den in Rede stehenden Gegenstand zunächst Mittheilung von neuen Fällen von Kokkobakteria-Vegetationen in geschlossenen Entzündungsherden, theils in solchen, bei denen es sich um primäre, subkutane Herde handelt (2 Fälle), theils in solchen, bei denen früher eine Kontinuität mit offenen Wunden bestand (2 Fälle), theils in metastatischen Entzündungsherden (3 Fälle). In den beiden ersten Fällen handelt es sich um rein traumatische Entzündungen, man kann also nur annehmen, dass vegetationsfähige Kokkoskeime sich im Körper befunden haben und sich in den Entzündungsherden entwickelten, weil die Verhältnisse dazu dort besonders günstig waren. Ob an dem akuten tödtlichen Ausgange des einen Falles etwa die besonders pathogenen Mikrokokken Schuld waren, muss dahingestellt bleiben. In der zweiten Kategorie der angeführten Beobachtungen liesse sich die Entstehung durch Ueberwanderung der Organismen aus der offenen Wunde mittelst der Lymphgefässe wohl erklären, wenngleich auch eine ähnliche Auffassung wie in den ersten Fällen sich nicht widerlegen lässt. Für die Fälle der dritten Kategorie neigt Billroth zu der Annahme hin, dass kein ätiologischer Zusammenhang zwischen Kokkos in der Wunde und in den metastatischen Herden besteht, dass der Kokkos da wie dort eine für die Erkrankung selbst ganz zufällige Beigabe ist. Aber selbst wenn man einen Zusammenhang annimmt, so ist sehr auffällig, dass in zwei Fällen, in welchen an der primär affizirten Stelle Diphtherie vorhanden war, die metastatischen Herde nicht diphtherischer Natur waren, so dass man also annehmen müsste, dass der Kokkos während des Transportes als Malignität eingebüsst habe. Sehr wichtig ist auch die Beobachtung in einem Falle, dass mit Zunahme der eiterigen Beschaffenheit des Sekretes bei einer metastatischen Kniegelenksentzündung die Zahl der Kokkos abnahm bis zum vollständigen Verschwinden. Es geht also die Kokkoswucherung, wenn sie in den Geweben des Körpers eingeschlossen ist, mit üppig auftretender energischer Eiterbildung zu Grunde und wenn man also unzählige Male in reifen Abszessen keinen Kokkos findet, so ist damit noch keineswegs erwiesen, dass er nie da war. Endlich sei noch als besonders bemerkenswerth hervorgehoben, dass in sämmtlichen der früher und jetzt beobachteten hierhergehörigen Fälle nur Mikrokokken (meist Streptokokkos) beobachtet wurden und dass mit Ausnahme zweier Fälle der Eiter stets geruchlos war. — Aus den von Ehrlich ausgeführten Untersuchungen über das Vor-

kommen von Mikrokokkos in erysipelatöser Haut ist hervorzuheben, dass in drei Fällen positive Resultate erhalten wurden. Es wurden hier die Mikrokokken auch an den Gränzstellen der Hautpartieen gefunden, die noch nichts Krankhaftes darboten, doch meint Billroth, dass man dies so erklären könne, dass eben hier schon die ersten mikroskopisch nicht wahrnehmbaren Veränderungen der Gewebesäfte vorhanden seien, wodurch diese für die im Körper vorhandenen Kokkos zu günstigen Nährflüssigkeiten würden. Auch die Uebertragung kokkoshaltiger erysipelatöser Flüssigkeit auf Thiere hatte positiven Erfolg, jedoch nur bei Kaninchen, während Hunde sich sowohl bei Impfung in die Hornhaut wie auch bei subkutaner Injektion als nur wenig empfänglich zeigten. Es kommen hierbei offenbar mechanische Verhältnisse (Starrheit der Hornhautlamellen, Anordnung der Lymphgefässe, rasche Gerinnung der Lymph- und Gewebsflüssigkeit etc.) vorzugsweise in Betracht. Als ganz besonders auffällig hebt Billroth aus dieser Beobachtungsreihe hervor, 1) dass sich immer nur Mikrokokken, keine Bakterien zerstreut oder in palmelloider Vegetation (in Ballen) vorfänden; 2) dass letztere Form der Vegetation so häufig in kleinen Blutgefässen gefunden würde und dass 3) sich doch selten eine schrittweise vorschreitende celluläre Infiltration um diese Gruppen von Mikro-Organismen zeigte, Beobachtungen, welche in ähnlicher Weise in der folgenden Untersuchungsreihe über das Vorkommen von Kokkosvegetationen in inneren Organen bei Menschen, welche an accidentellen Wundkrankheiten gestorben sind, von Ehrlich gemacht wurden. Bei drei Fällen wurden in inneren Organen, besonders in Leber und Nieren (und zwar hier sowohl in Gefässen als auch in Harnkanälchen vorzugsweise der Marksubstanz), Mikrokokken gefunden, deren Ableitung von den an der Wunde gefundenen Organismen nur möglich ist, wenn man annimmt, dass sie in Form kleiner Emboli die Lungen passiren, um erst hier stecken zu bleiben, wogegen spricht, dass sie so häufig in kleinen Venen gefunden werden. Die Befunde lassen annehmen, dass sich die Organismen an Ort und Stelle vermehrt haben, doch scheint der häufige Mangel von entzündlichen Veränderungen in der Umgebung dafür zu sprechen, dass die Vegetation ein postmortaler Vorgang ist. — In Bezug auf die Untersuchungen über das Vorkommen von Kokkobakteria-Vegetationen im Wundsekrete und die Verimpfung des letzteren auf die Kaninchen-Hornhaut stimmen die Beobachtungen Billroth's mit denen der anderen Autoren überein. Zur Prüfung des Einflusses des Spray auf die Entwicklung von Kokko-Bakteriakeimen wurde in kleinen Fläschchen direkt aus der Karotis von Hunden Blut mit und ohne Spray aufgefangen und die Fläschchen theils mit, theils ohne Einschluss von Luft fest verschlossen und dann zum Theile im Brutkasten aufgehoben. Es zeigte sich, dass auch hier Organismen zur Entwicklung kommen, dass aber der Spray vollkommen ohne Einfluss geblieben war. Da anzunehmen ist, dass der Spray alle in der Luft suspendirten Keime mitreisst, so müssen auch hier die Keime der Organismen schon im Blute vorhanden gewesen sein. Nimmt man dies an, so können auch die unter dem Lister'schen Verbande vorkommenden Organismen als aus dem Blute stammend angesehen werden. (Archiv f. klin. Chirurgie, XX, S. 403.)

In der „Prager Vierteljahrsschrift", Bd. 133, S. 3 ff., gibt Prof. E. Klebs eine ausführliche Darstellung von neun Gliomen der Hirnrinde, der Marklager der Grosshirnhemisphären, des Corpus striatum, der Corpora quadrigemina und des Pons; ferner von einem Neuroma fasciculare Nervi trigemini sinistri vasculare, von einem Endotelioma alveolare N. trigemini sin., von einem Neuroma fasciculare lymphangiectaticum N. acustici dextri, einem Neuroglioma retinae und endlich von zwei Gliomen der Medulla spinalis. Diejenige Geschwulst, welche Virchow „Glioma" nennt und welche nach ihm aus einer Proliferation der bindegewebigen Grundsubstanz des Centralnervenapparates hervorgeht, wird von Klebs aufgefasst als eine Hyperplasie der gesammten das Gehirn und Rückenmark zusammensetzenden Gewebe, der nervösen sowie der Neuroglia, und wird etwa betrachtet als ein Analogon der Elephantiasis der äusseren Haut. Er benennt sie deswegen „Neuroglioma". In ihrer Entwicklung lässt diese Neubildung, zwar nicht scharf geschieden, aber doch histologisch trennbar, drei Stadien erkennen. Das erste derselben zeigt die Geschwulst als eine partielle diffuse Vergrösserung der Hirnsubstanz, selbst bei mikroskopischer Betrachtung ohne scharfe Gränze und mit Erhaltung der meisten dem Theile angehörenden nervösen Elemente. Darauf folgt

Abschnitt, in welchem eine exzessive Endzellenwucherung, welche sogar in die angrenzende Pia mater eindringen kann, vorliegt und sowohl die stark erweiterten, in dem Laufe von den präexistirenden abweichenden Gefässe als namentlich die retikulirte Grundsubstanz in den Hintergrund der Erscheinungen drängt. Das Endstadium fasst die eigentliche Akme, in welcher das Gewebe vorwiegend aus weitverzweigten Zellen (Spinnenzellen) besteht, zusammen mit dem Stadium decrementi, in welchem Sklerose der Geschwulst und Regeneration von Nervensubstanz beobachtet werden. Ein völliger Untergang der letzteren findet überhaupt nicht statt, vielmehr lassen sich durch 1 $^0/_{00}$ Ueberosmiumsäure und darauf folgende Maceration in Glyzerin in jedem Stadium noch markhaltige Fasern innerhalb der Tumormasse nachweisen. Es betheiligten sich an der Geschwulstbildung nun einmal die Zellen der Neuroglia, andererseits die nervösen Elemente selbst. Klebs beschreibt mehrfach Theilungsvorgänge an Ganglienzellen, aus welchen längs Zellen mit langen Fortsätzen hervorgehen; je stärker die Proliferation ist, um so mehr wird ihre Form den einfachen Rundzellen ähnlich, so dass in den älteren Partien der Neubildung kein Unterschied mehr in dem Wesen der vorfindlichen Zellen gemacht werden kann. Der letzte Umstand macht den Verfasser sehr geneigt, die Neuroglia aus der Reihe der Bindesubstanzen zu streichen und sie als ein den Ganglien und Nerven gleichwerthiges Gewebe anzusprechen. Beginnt das Wachsen eines Gliomes mitten im Marklager der Hemisphäre, woselbst entweder gar keine oder doch nur sehr spärliche Ganglienzellen vorhanden sind, so ist auch hier ein direktes Hervorgehen der Zellen aus Nervensubstanz von Klebs dargethan. Er sah Nervenfasern, deren Axencylinder streckenweise auf das Drei- bis Vierfache seiner Dicke angeschwollen war; die Markscheide war theilweise oder ganz geschwunden und im Inneren des vergrösserten Abschnittes fanden sich glänzende „Kernkörperchen". Es gelang dem Verf., in anderen Präparaten desselben Falles konfluirte Protoplasma-Massen zu entdecken, welche dem Inhalte der aufgetriebenen Axencylinder vollkommen glichen und nicht nur Körperchen, sondern die lichten Kontouren der sich um sie formirenden Kerne aufwiesen. Zellenbildungen selbst kamen nicht zur direkten Beobachtung. — So unterscheiden sich die Neurogliome wesentlich und genetisch von anderen Tumoren, wie den Sarkomen, und es herrscht an den verschiedenen Stellen des Gehirnes sowie im Rückenmarke dasselbe Gesetz ihrer Bildung, welches z. B. in grellem Kontraste steht zu dem genau beschriebenen und abgebildeten Endotelium des Nervus trigeminus. Die Zellen des letzteren stammen von den Adventitialzellen. Ihre Grösse und das fast völlige Fehlen von Intercellularsubstanz veranlasste Klebs, statt des gebräuchlichen Namens „Sarkom" oder „alveoläres Sarkom" (Billroth) die Geschwulst mit der Bezeichnung eines „Endoteliomes" zu belegen. —

Das von Conium maculatum dargestellte „Cicutin" verbindet sich mit mehreren Säuren zu Salzen, von denen bis jetzt meist das salzsaure zur Anwendung kam. Das Cicutinum hydrobromatum wurde in neuester Zeit zuerst von Mourut auf seine Wirkungen näher geprüft. Die Formel für das Salz ist $C^8H^{15}NHBr$ und wird nach Gewichtstheilen berechnet auf 0.405 Acid. hydrobrom. und 0.595 Cicutin. Das Salz krystallisirt in rhombischen Prismen und ist in Wasser, Alkohol und Aether löslich. In seinen Wirkungen dem Kurare ähnlich zerstört es die motorischen Funktionen der Nerven, lässt aber die Muskelkontraktilität intakt. Nach Martin Damourette und anderen Experimentatoren verändert das Salz auch die Hämatose und übt dadurch einen Einfluss auf den Kreislauf. Gubler berichtet über einen Fall, in welchem eine Dame eine Geschwulst mit einer aus diesem Mittel zubereiteten Salbe eingerieben und eine Anästhesie der dazu benutzten Finger bekommen hatte. Durch Experimente an Thieren sah Petrini bei subkutaner Injektion von 0.04 Cicut. hydrobr., in Alkohol gelöst, nach 20 Minuten eine hypnotische Wirkung, bei 0.06 eine beginnende Paralyse und, als zwei Stunden später noch 0.02 eingespritzt wurde, war die Paralyse vollständig und erfolgte der Tod nach einer bis zwei Stunden. Die Applikation des Mittels durch die Haut wirkt energischer als die durch den Magen, da 40 Centigramm desselben erst nach 24 Stunden bei einem kräftigen Hunde eine Paralyse hervorbrachten mit einem darauf folgenden, drei Tage anhaltenden Schlafe, und erst nachdem das Thier sich erholt hatte und ihm wiederum 40 Centi-

gramm in einem Stücke Fleisch gegeben waren, erfolgte der Tod in zwei Stunden. Bei mittelstarken Hunden tritt der Tod nach Injektion von 0.15 Grm. ein. Die wichtigste Beobachtung über die Wirkung dieses Mittels wurde in Bezug auf den Vagus gemacht. Ein kleiner Hund erhielt eine subkutane Injektion von 0.10 Cicutinum hydrobrom.; zu gleicher Zeit wurde der Vagus halb durchschnitten und auf diese Weise gereizt. Es erfolgte Uebelkeit, aber kein Erbrechen; als 24 Stunden später bei dem wieder munteren Thiere ein wenig nach unten der Vagus wieder halb durchschnitten wurde, ohne dass das Mittel angewendet worden, stellte sich Erbrechen ein, obgleich der Magen eben so leer war wie bei dem früheren Versuche. Das Fernbleiben aller Konvulsionen bei Anwendung dieses Mittels und die Wirkung auf den Vagus bestätigen die Angaben von Dujardin-Beaumetz, dass das Mittel gegen alle Reflexkrankheiten, welche mit dem Vagus zusammenhängen, sich nützlich erweist: gegen Keuchhusten, Asthma, Singultus, Dysphagie, hartnäckiges Erbrechen, zumal dann, wenn man dasselbe mit Bromkali verbindet. Petrini hat bei hartnäckigem Keuchhusten einem dreijährigen Kinde mit Erfolg 0.03 mit Syr. simpl., ohne Vergiftungserscheinungen zu beobachten, gereicht und bei einem Krebskranken das Erbrechen durch Darreichung von 0.05 innerhalb 24 Stunden gestillt. (Revue méd. Roumaine, 1877, Nr. 11.) —

Nach einer Besprechung der Angaben über die Bildung des Harnstoffes in der Leber theilt Brouardel (im Arch. de physiol. etc., 1876, S. 372 u. 551) eigene Untersuchungen über diese Frage mit. Zur Bestimmung des Harnstoffes bediente er sich des unterbromigsauren Natrons mit den nöthigen Correkturen. Er fand bei Hunden, welche nach längerem Hungern mit Phosphoröl vergiftet wurden, eine Abnahme der Harnstoffausscheidung, welche in dem Maasse sank, als die Zerstörung der Leberzellen fortschritt. Die entgegenstehenden Angaben Storch's und Bauer's erklärt er aus einer vorübergehenden Vermehrung, welche jeder Einführung eines Giftes folgt. Er bespricht dann ausführlich mit Rücksicht auf diese Frage die verschiedenen Leberaffektionen nach eigenen und fremden Beobachtungen. In einigen Fällen von Ikterus mit anscheinend schwerem Verlaufe („Ictère pseudograve"), welche jedoch mit Genesung endeten, wechselten die klinischen Erscheinungen und das Volum der Leber mit der Grösse der Harn- und Harnstoffausscheidung. Sowie letztere beiden zunahmen, besserte sich der Zustand, indem meistens gleichzeitig der anfänglich verkleinerte Leberumfang wieder zunahm. Bei Icterus simplex findet keine Abnahme, vielleicht anfangs eine geringe Zunahme, Statt, in den wirklich schweren Fällen (Icterus gravis) nimmt der Harnstoff bis zum Verschwinden ab. Bei der Hepatitis suppurativa, bei Gallensteinbildung mit langdauernder Verstopfung und nachfolgender Induration des Lebergewebes bei Lebercirrhose, Fettentartung der Leber bei Muskatnussleber (foie cardiaque) und sonstigen chronischen Leberaffektionen (Krebs, Echinokokkus) findet Brouardel überall Abnahme des Harnstoffes entsprechend dem Grade der ausser Funktion gesetzten Leberzellen und eine Zunahme, in dem Maasse, als die Funktionsstörung sich bessert, z. B. bei Muskatnussleber, wenn die Stauungserscheinungen vorübergehend abnehmen. Bei aktiver Leberhyperämie ist nach Verfasser die Harnstoffausscheidung stark vermehrt; dies schliesst er erstens aus einem Versuche an einem Hunde, welchem er mit einem Hammer eine Kontusion der Leber beibrachte, worauf sich sofort die Harnstoffausscheidung auf mehr als das Dreifache erhob (von 9.0—13.8 auf 32 Grm. pro die), um nach einigen Tagen wieder zu fallen. Zweitens führt er zum Beweise dafür mehrere Krankheitsfälle auf, in welchen eine Leberaffektion, welche er nur als Hyperämie auffassen zu können glaubt, bestand und die Harnstoffausscheidung gleichfalls vermehrt war. Auch für die von Ollivier angegebene, auf die anfängliche Verminderung des Harnstoffes folgende Vermehrung bei Blutergüssen im Gehirne kommt nach Verfasser die eintretende Leberkongestion in Betracht. Bei Bleikolik wird die Leber in Folge verminderten Blutgehaltes kleiner und dem entsprechend sinkt die Harnstoffausscheidung, um sich mit Nachlass der Anfälle zu heben. — Bei der vorübergehenden physiologischen (bei Schwangeren und Wöchnerinnen) oder pathologischen Glykosurie (nach Vergiftungen, Cholera etc.) scheint, soweit die vorliegenden Beobachtungen einen Schluss gestatten, die Harnstoffausscheidung vermehrt zu sein oder es auch erst zu werden in dem Augenblicke, in welchem der Zucker verschwindet. Der Umstand endlich, dass bei dem Diabetes mellitus sehr

Harnstoff ausgeschieden wird, legt den anken an einen gemeinsamen Ursprung er Vermehrung wie der Zuckerausscheid- nahe. —

In Virchow's Archiv, Bd. 68, S. 325 ff., öffentlicht Privatdozent Karl Friedländer zu Strassburg i. Elsass neuere Experimentaluntersuchungen über chronische Pneumonie und Lungenschwindsucht, welche sich auf die Veränderungen beziehen, die in den Lungen von erwachsenen Kaninchen nach der Durchschneidung der Nervi recurrentes vagi entstehen. Den allgemeinen Effekt der Operation anlangend blieben unter 72 Thieren nur 9 frei von Pneumonieen, während die übrigen bald schneller, bald langsamer an Pneumonie zu Grunde gingen oder zu verschiedenen Zeiten getödtet wurden. Als Ursache der Lungenentzündung muss lediglich die durch die Lähmung der Stimmbänder ermöglichte Aspiration von Nahrungsbestandtheilen etc., welche auch stets in den Bronchien und Alveolen angetroffen wurden, angesehen werden, da von einer möglichen Einwirkung auf die Gefässnerven der Lunge wie bei der Durchschneidung der Vagi selbst ja keine Rede sein kann. Aber auch bei den Vaguspneumonieen ist dieselbe Aetiologie anzunehmen, da es einmal noch durchaus nicht feststeht, dass der Vagus der Vasomotor der Lunge ist und da andererseits, selbst wenn dies der Fall wäre, neuere Untersuchungen gezeigt haben, dass vasomotorische Lähmung von vorneherein kein begünstigendes Moment für akute Entzündungen ist. Wenngleich nun auch die Intensität und Extensität der in jedem Falle auftretenden Lungenentzündung sehr wechselt, so konnte Friedländer doch folgende Punkte feststellen: 1) Die Erkrankung beginnt mit Hyperämie und Oedem, Engouement, welches entweder schwindet oder aber 2) in rothe Hepatisation übergeht; diese kann ebenfalls ohne Weiteres wieder verschwinden, andererseits aber können aus derselben zweierlei weitere Prozesse (3 und 4) hervorgehen, nämlich 3) desquamative transparente graue Hepatisation, welche ganz allmählig innerhalb der ersten zwei Wochen beginnt und späterhin einer Lösung zugeführt werden oder in Atelektase sich umwandeln kann, oft auch Monate lang als solche bestehen bleibt, aber nicht in Verkäsung übergeht und 4) kleinzellige weissgraue Hepatisation, welche schon nach etwa 10 Stunden sich zu entwickeln beginnt und sich in der Regel in den ersten Tagen weiter ausbreitet. Sie ist ebenfalls einer Resorption fähig, wenn sie aber etwas intensiver auftritt, so führt sie regelmässig zur Verkäsung. Sie ist in der ersten Zeit stets von rother Hepatisation umgeben, welche späterhin in desquamative Hepatisation übergeht. Die mikroskopische Zusammensetzung der Alveolarinhaltsmassen ergibt sich aus der Benennung, nur sei noch erwähnt, dass im Laufe der zweiten Woche und späterhin in den desquamativ hepatisirten Partieen Riesenzellen bis zu 0.2 Mm. Grösse vorkommen, welche sich aus Alveolarepitelien entwickeln und zuweilen fremde Körper (Nahrungsbestandtheile etc.) einschliessen. — In Rücksicht auf die Verhältnisse bei der Lungenschwindsucht des Menschen ist bemerkenswerth, dass in diesen Versuchen die desquamative Pneumonie nicht, dagegen die katarrhalische sehr häufig zur Verkäsung führte, während beim Menschen — nach Buhl — ausschliesslich die desquamative eine käsige werden soll. Friedländer behauptet dem gegenüber, dass auch beim Menschen, neben der häufigen Verkäsung desquamativ entzündeter Theile, eine Käsebildung aus katarrhalischer Pneumonie vorkomme, wobei in der Regel der ganze Alveoleninhalt zu gleicher Zeit verkäse, während bei der desquamativen Entzündung die Verkäsung von dem Centrum der Alveolen aus allmälig nach der Peripherie fortschreite. Nicht unwichtig ist auch die Beobachtung, dass die desquamative Hepatisation aus rother Hepatisation hervorgehen kann, da vielleicht beim Menschen durch denselben Vorgang aus einer fibrinösen eine käsige Pneumonie werden könnte. Mit der weiteren Behauptung Buhl's, dass stets bei der verkäsenden Pneumonie des Menschen Wucherungen im interstitiellen Gewebe angetroffen würden, welche jedenfalls auch für den Eintritt der Verkäsung von Bedeutung sind, haben die Experimente übereinstimmende Resultate gegeben. Die Wucherung zeigte sich in Form von Granulationsgewebe sowohl in und um die Bronchialwand, besonders nach aussen, von der Muskelschicht, als auch um die Gefässe herum. Schliesslich erwähnt Verf. noch einer eigenthümlichen atypischen Epitelbildung, welche zur Bildung epitelialer Kolben und Schläuche innerhalb der Bronchialwand und um dieselbe führt und welche von der dritten Woche an innerhalb der grau hepatisirten Lungenpartieen sich findet. Da der

Zusammenhang der Kolben mit dem Bronchialepitele nicht immer sichtbar ist, so entsteht oft ein krebsähnliches Bild. Dieselben Wucherungen kommen auch beim Menschen, besonders neben chronischen interstitiellen Entzündungen, vor allen Dingen neben Peribronchitiden, vor, aber nur in den kleineren knorpelfreien Bronchien, wie es auch beim Kaninchen der Fall ist. —

Dr. Notta exstirpirte ein Neurom des Nervus medianus im unteren Theile des Vorderarmes bei einem 45jähr. Manne. Nach Blosslegung der Geschwulst legte er eine Drahtschlinge durch den Nerven oberhalb und unterhalb derselben, welche nach der Exzision des Tumors das Zurückschlüpfen der Nervenstümpfe verhinderte und schliesslich zur Nervennaht diente, wodurch die Schnittflächen in wechselseitige Berührung gebracht wurden. Im Verlaufe der Heilung litt der Kranke an starkem Ameisenkriebeln in dem unempfindlich gewordenen Verbreitungsbezirke des Medianus. Während die Sensibilität allmählig wiederkehrte, entstanden an der Volarseite des Zeige- und Mittel-Fingers Blasen und aus diesen wurden Geschwüre, ohne Zweifel Folge der gestörten Innervation. Nach etwa acht Monaten waren die Geschwüre geheilt, die Sensibilität war schon nach vier Monaten fast vollkommen normal geworden. — Notta beobachtete vor Jahren ein Beispiel von Wiederherstellung der Nervenleitung unter weit ungünstigeren Verhältnissen: Einer Arbeiterin waren die Weichtheile des Oberarmes durch eine Maschine rings herum zerquetscht worden, nur der lange Kopf des Musculus biceps blieb unverletzt. Sensibilität und Motilität der Extremität waren verloren, der Radialpuls nicht fühlbar. Die Amputation unterblieb nur wegen zufälliger äusserer Umstände. Die Wunde heilte. Nach einem Jahre noch war der Arm völlig unbrauchbar, von da an jedoch stellten sich dessen Funktionen allmählig wieder her, so dass anderthalb Jahre nach der Verletzung Sensibilität und Beweglichkeit wieder normal waren. (Wiener med. Wochenschrift, 1877, Nr. 19.) —

So begeistert auch die Aufnahme war, welche Esmarch's Konstriktionsmethode zur Erzielung einer künstlichen Blutleere in der chirurgischen gefunden hat, so hat sich doch im Laufe letzten Jahre eine Reihe von Fachmän vollständig dagegen erklärt oder wenig sie in ihrem Werthe stark herabgedr weil die Nachblutung in Folge der durch Kompression bedingten Lähmung der v motorischen Nerven häufig eine heftige kaum zu stillende ist. Der Entdecker Methode begnügt sich mit einer mögli schnellen Applikation von Unterbindu pincetten an die zahlreichen spritzen Aeste. Nicaise räth Kompression der putationsflächen, bei denen diese Blutu besonders auffallend sind, mittelst eines g sen Schwammes, noch vor Lösung des Sch ches begonnen. Groebenschütz empfi subkutane Injektionen von Ergotin kurz dieser Lösung, Riedinger endlich fand Elektrizität wirksam, von der es schon sonders durch E. H. Weber bekannt ist, d sie ausser der Kontraktion sogar eine Geri ung des Blutes in den kleinen Arterien Venen bewirkt. Er applizirt kurz vor nahme des elastischen Schlauches beide grossen weichen Schwämmen versehenen P auf die Wundfläche oder den einen auf Haut in die Nähe eines grossen Nervenstam mes und zwar etwa eine Minute lang. aber im Erfolge sicher zu sein, wiederholt dies Manöver einige Male, doch nur 10— Sekunden lang. Er will durch dieses Ve fahren thatsächlich die Blutung auf ein Mi mum beschränkt haben. In gleicher Wei ist auch von Dr. Küpper zu Elberfeld d induzirte Strom gegen die Nachblutungen bei Esmarch'schen Verfahren erfolgreich ange wendet worden. (Deutsche Zeitschrift f Chirurgie, Bd. VII, p. 460.) —

Die definitive Vereinigung der Wundränder nach der Operation der Hasenscharte schlägt besonders in jenen Fällen nicht selten fehl, in welchen auch der Alveolarfortsatz des Oberkiefers eine grössere Spalte hat, besonders also dann, wenn man bei doppelter, mit Wolfsrachen komplizirter Lippenspalte den vorstehenden Zwischenkiefer exstirpirt hat. Dr. Lizé ist nun der Ansicht, dass die Ursache dieser Misserfolge nicht in dem Mangel einer Unterlage der Lippe zu suchen sei, sondern in dem häufigen Anstossen der Zunge gegen die Wunde und in den Saugbewegungen. Auf

lage dieser Vorstellung fixirte er in solchen Falle, in welchem die erste ion fehlgeschlagen war, bei der zweiten nge des $4^1/_2$ Monate alten Kindes da- am Boden der Mundhöhle, dass er Silberdrähte in der Medianlinie von nach oben durch die Zunge führte und, er die beiden Enden jedes Drahtes, nen nach rechts, des anderen nach usammenfasste und so das ganze Organ in Hälften gefasst hatte. Die Enden je Drahtes wurden zusammen durch die der Unterlippe geführt und nachdem iden Zungenränder durch zwei kleine chukschienen gegen zu starke Einschnür- eschützt worden waren, aussen oberhalb innes über einem Zapfen zusammen- t. Jetzt war die Zunge unbeweglich t und konnte keine Saugbewegungen n; das Schlingen jedoch war nicht ge- t. Dem Kinde wurde durch die neun während welcher die Zungennaht liegen mit dem Löffel Nahrung eingeflösst. dieser Zeit war die Hasenscharte ge- Die Drähte hatten weder in die Zunge schnitten noch aussen sehr auffallende n gelassen. In einem Falle von einsei- Hasenscharte mit grossem Defekte im larfortsatze des Oberkiefers bei einem Monate alten Kinde führte nach dem schlagen der ersten Operation die zweite Ziele, wie Lizé meint, hauptsächlich halb, weil die Zunge durch eilf Tage in beschriebenen Weise unbeweglich erhal- wurde. (Bullet. et Mém. de la Soc. de . de Paris, 1876, II. Bd.) —

Dr. Laurence Turnbull zu Philadelphia pricht ein von ihm modifizirtes künst- hes Trommelfell, welches in folgender ise konstruirt ist: Am Ende eines aus Stahl rtigten Stieles ist ein rundlicher Stahlreif stigt, auf welchen eine dünne Kautschuk- tte aufgespannt wird. Um das Metall vor Einwirkung des Eiters zu schützen, wird Instrument vor dem Aufspannen der Kaut- kplatte in eine verdünnte Kautschuklös- getaucht, welche rasch trocknet und den hl mit einer widerstandsfähigen Schichte rzieht. Die Befestigung der Kautschuk- bran wird durch einen über den Stahl- laufenden dünnen Metalldraht bewirkt. verschieden weite Gehörgänge sind ver- iedene Grössen des Instrumentes angegeben und werden mehrere Fälle citirt, bei welchen durch dasselbe eine bedeutendere Hörweite erzielt wurde als durch das Tragen eines Watteküglelchens oder durch das Toynbee'- sche Trommelfell. Von letzterem unterscheidet es sich dadurch, dass der Stiel das künstliche Trommelfell nicht im Centrum durchbohrt, sondern an der Peripherie befestigt ist. Für den Gebrauch des künstlichen Trommelfelles gibt Turnbull einige praktische Winke. Vor der Einführung des Instrumentes muss dasselbe in eine Mischung von warmem Wasser und Glyzerin getaucht und vorsichtig durch den äusseren Gehörgang bis zum Trommelfelle vorgeschoben werden. Dasselbe ist Nachts aus dem Ohre zu entfernen und vor Hitze und Feuchtigkeit zu schützen. Bei Anwesenheit von Granulationen im Mittelohre, welche durch die Perforationsöffnung hervorwuchern, müssen dieselben durch Betupfen mit pulverisirtem Cuprum sulf. zum Schrumpfen gebracht werden. Granulationen am Trommelfelle werden am raschesten durch konzentrirten Liquor plumbi und Zincum sulf. zum Schwinden gebracht. Nebstdem ist es wichtig, bei Verstopfungen der Tuba Eustachii die Wegsamkeit derselben durch den Katheter oder durch das Pollitzer'sche Verfahren herzustellen. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 17.) —

Der Jahresbericht für 1876 über die Gesundheitsverhältnisse in den Arbeiterwohnungen, welche von dem reichen Geschenke Peabody's, des grossen Menschenfreundes, in London gebaut wurden, gibt eine Lehre, welche für alle Gemeinwesen sehr beherzigenswerth ist. Die Gebäude sind mit Beachtung aller sanitären Anforderungen ausgeführt. Die Gesammtsterblichkeit betrug nach der Durchschnittszahl der Bewohner 19.02 pro Mille, also um 3 pro Mille weniger als in ganz London. Die Bewohner sind arme Arbeiter mit einem wöchentlichen Verdienste von weniger als 25 Schilling, also nicht ganz 26 R.-M.; allerdings ist zu berücksichtigen, dass ausserdem eine unbekannte Zahl früherer Bewohner in Workhouses (Anstalten für arme erwerblose Personen) und Spitälern sterben, also hier nicht mitgezählt wurden. Der Werth dieser verbesserten Wohnungen tritt aber ganz evident und unbestritten bei der Kindersterblichkeit hervor. Bei einer Zahl von 358 Geburten (51.1 auf 1000 Bewohner) wur-

den 52 Todesfälle unter einem Jahre registrirt, also 145 Todesfälle auf 1000 Geburten, während in London 157 pro Mille treffen, in den 10 Bezirken aber, in welchen die 10 Häuserblocks der Beabody Buildings liegen, war die Sterblichkeit 159 pro Mille Geburten. Der Vergleich mit den Bezirken Holborn, Clare Market, Drury Lane, St. Giles und Southwark, in welchen die gleich armen Klassen in gewöhnlicher Weise wohnen, fällt noch günstiger für erstere aus. Während nämlich in den oberen und mittleren Klassen die Sterblichkeit 75 pro Mille Geburten beträgt, steigt sie bis auf 300 pro Mille unter diesen armen Klassen, die in den ungesundesten Theilen Londons leben. Gegenüber 1875 ist die Sterblichkeit der Kinder in diesem Jahre in den Peabody-Häusern bedeutend herabgegangen und eine weitere Minderung sicher zu erwarten. Der Einfluss der verbesserten Wohnungsverhältnisse drückt sich am deutlichsten in der geringeren Sterblichkeitsziffer der Kinder aus „und gesunde Kinder stellen auch grössere Kraft und Verlängerung der Lebensdauer der kommenden Generation in Aussicht". (The Brit. med. Journ., 1877, Nr. 845.) —

In der deutschen mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 16, bespricht Dr. Arthur Hartmann zu Berlin eine neue Methode zur Behandlung akuter und chronischer Nasenkatarrhe, welche sich ihm bereits vielfach bewährt haben soll. Dieselbe ist insoferne auch für den Ohrenarzt von Interesse, als sehr oft die Mittelohrkrankheiten durch akute und chronische Nasenrachenkatarrhe bedingt werden. Verfasser fand nämlich, dass bei Lufteintreibungen nach dem Politzer'schen Verfahren (Luftkompression in der Nasenhöhle vermittelst eines Gummiballons bei gleichzeitigem Schlingen) nicht nur Beschwerden von Seite des Ohres, Schwerhörigkeit und Ohrensausen gemildert wurden, sondern es war auch bei einer Anzahl von Kranken mit akutem oder chronischem Nasenkatarrhe ein bedeutender Nachlass der Stirnkopfschmerzen und der Kopfeingenommenheit eingetreten. Um den Einfluss des Politzer'schen Verfahrens auf die Entfernung von Flüssigkeiten aus den Nebenhöhlen der Na zu beobachten, stellte Hartmann Versu an der Leiche an, indem er die Keilbeinhö len mit Flüssigkeit füllte, deren Abfluss bei der Kompression der Luft in der Na konstatiren konnte. — Es folgt nun Schilderung mehrerer Fälle, bei welchen dem Verfasser gelungen war, durch das P litzer'sche Verfahren bei chronischen Nas katarrhen eine dauernde Besserung und Beseitigung der lästigen Kopfsymptome erzielen. — Zur Entfernung der bei Ozä festsitzenden Krusten in der Nasenhöhle e pfiehlt er Bürstchen aus dünnem biegsam Drahte mit senkrecht abstehenden Haar wie solche zum Reinigen von Tabakpfei benützt werden. Diese Nasenbürstchen w den in verschiedenen Richtungen eingefü in der Nase gedreht und dadurch die Abso derungsprodukte theils gelockert, theils bl ben sie am Bürstchen hängen und werd beim Ausziehen mit entfernt. Durch die na folgende Ausspritzung der Nase gelingt meist sehr rasch, die gewünschte vollständ Reinigung zu erzielen. —

In „the Lancet", I, 10, 1877, findet s folgende Mittheilung Albertoni's aus Sien über das Schicksal des transfundirt Blutes: 1) Das Blut der gleichen Spec dient der Gewebebildung; 2) nicht so Blut einer anderen Art; seine Körperch werden aufgelöst, der Farbstoff derselben dem Urin ausgeschieden, während ihr Stro die Kapillaren verstopft, obliterirt und schw Zufälle, selbst den Tod, hervorrufen ka Die Gefahr liegt in den Blutkörperchen, nic im Plasma, denn Serum kann gefahrlos in zirt werden. Verfasser fand ferner, dass ei angesäuerte Lösung der Aschenbestandthei einer bestimmten Menge eingeäscherten Blut einer anderen Species injizirt keine abnorm Erscheinungen veranlasst, während Injektio von Blut letal wirkt. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlange
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

№ 23. *Erlangen*, am 9. Juni 1877.

wöchentlich
2 Bogen von
4 Quartseiten.
Preis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Die Arsenikbehandlung maligner Lymphome. Resultate aus Blutuntersuchungen Schwangerer. Steigerung der Schwefelsäure des Harnes nach dem Einnehmen von Schwefelblumen. Zur Physiologie der Stimme. Akute Endokarditis an den Aortaklappen in Folge von Gonorrhoe. Herpes genitalis. Einfaches Verfahren der Taxis eingeklemmter Brüche. Resultate aus Beobachtungen über den Säuregrad des Magensaftes. Zur Theorie des Vesikulär-Athmens. Lungenveränderungen nach Vaguslähmung. Die Pressur zur Behandlung chronischer Endometritis des Uteruskörpers. Koincidenz der Dauer der Albuminurie mit der des Delirium. Erysipel des weichen Gaumens und des Pharynx.

Ein Hauptgebiet für die Wirksamkeit der Arsenikbehandlung bilden die malignen Lymphome, welche A. v. Winiwarter bereits strenge von den übrigen Lymphdrüsenerkrankungen geschieden hat. Dieselben charakterisiren sich im Wesentlichen folgendermassen: Eine Gruppe von beisammenliegenden Lymphdrüsen vergrössert sich und zwar wächst jede Drüse für sich durch neugebildetes Gewebe, welches den Charakter des Lymphdrüsengewebes beibehält. Die Neubildung übergreift in continuo nicht auf die Umgebung der Drüsen und geht, sich selbst überlassen, keine retrograde Metamorphose ein. Allmählig erkranken immer mehr Drüsen, anfangs meist solche, die durch den Lymphstrom unter einander im Zusammenhange stehen, endlich aber erkranken alle Lymphdrüsen und können zu grossen Tumoren anwachsen; auch entstehen in inneren Organen, wie Leber, Lunge, Nieren, Metastasen von gleichem Baue, die als scharf begränzte Knoten auftreten. — Allmählig werden die Kranken anämisch, magern ab, verlieren den Appetit, bekommen endlich hektisches Fieber, kollabiren immer mehr und sterben zuletzt an profusen Diarrhöen, an hypostatischer Pneumonie oder plötzlich unter den Erscheinungen der Herzparalyse. — Eine Vermehrung der farblosen Blutkörperchen beobachtet man erst in den letzten Stadien, dagegen sieht man Veränderungen an den rothen Blutkörperchen, welche auffallend schwach gefärbt sind und sich nicht mehr geldrollenförmig an einander legen. Ausserdem sieht man im Blute zahlreiche kleinere Körperchen von verschiedener Grösse, welche sich in Bezug auf Farbe und Glanz ebenso verhalten wie die rothen Blutkörperchen. — Frühere Malariaerkrankung scheint bei der Aetiologie der malignen Lymphome eine Rolle zu spielen. Was die arsenige Säure bei diesem einer operativen Therapie nur wenig, einer sonstigen medikamentösen Behandlung gar nicht zugänglichen Leiden leistet, ist, soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, nicht eine vollständige Heilung, wohl aber eine zuweilen sehr rasche Rückbildung der Tumoren für längere Zeit bis zu einem Jahre; die dann auftretenden Recidiven werden von der Arsenikbehandlung in der gleichen Weise beeinflusst wie die primäre Affektion, so dass man doch eine Verlängerung des Lebens auf Jahre hinaus erreichen kann. v. Winiwarter theilt nun in den „Wiener med. Jahrbüchern“, 1877, 2. Heft, acht neue Fälle von malignen Lymphomen mit, theils aus seiner eigenen, theils aus Billroth's Praxis, die mit Arsenik behandelt wurden. In vier Fällen wurde ein Erfolg erzielt; in zweien, welche nach den Erscheinungen einen Erfolg versprachen wurde die Behandlung zu frühe abgebrochen um ein Urtheil fällen zu können; zwei Fälle endlich wurden erfolglos behandelt. Die vollkommenste Wirkung wird dann erzielt, wenn der Arsenik innerlich genommen und zugleich in Form von parenchymatösen Injektionen in die erkrankten Drüsen einverleibt wird. Um

Intoxikation zu vermeiden und doch eine grössere Menge des Mittels in den Organismus bringen zu können, beginnt man mit kleinen Gaben, die allmählig gesteigert werden. Man lässt innerlich am besten eine Mischung von Solutio arsenicalis Fowleri zu gleichen Theilen mit Tinctura ferri pomati, anfangs je fünf Tropfen nach dem Frühstücke und nach dem Abendessen in etwas Rothwein einnehmen und steigert diese Gabe jeden zweiten oder dritten Tag um je einen Tropfen. Erst wenn täglich 25—30 Tropfen der reinen Solutio Fowleri genommen werden, pflegen lästige Erscheinungen aufzutreten, wie Brennen im Rachen und Magen, Aufstossen, Eckel, galliges Erbrechen, Diarrhöen u. s. w. In diesem Falle vermindert man die Dosen eben so allmählig als sie gesteigert worden waren, weil ein plötzliches Entziehen des Mittels leicht Kollapserscheinungen zur Folge hat. Ueber 40 Tropfen der reinen Solutio Fowleri innerlich hat v. Winiwarter nie angewendet. Die parenchymatösen Einspritzungen macht man täglich abwechselnd in die einzelnen Drüsenpaquete, meist an zwei bis drei Stellen an einem Tage, je ein Zehntel des Inhaltes einer Pravaz'schen Spritze und zwar verwendet man dazu reine Fowler'sche Lösung. Bedient man sich einer reinen Spritze mit feiner, gut stechender Kanüle und achtet man darauf, dass nichts von der Flüssigkeit in das subkutane oder periglanduläre Gewebe kommt, was bei einiger Vorsicht und Uebung gelingt, so entstehen in Folge der Einspritzung nur selten Entzündungserscheinungen oder Eiterungen. Im subkutanen Gewebe verursacht die Flüssigkeit einen sehr lebhaften Schmerz, der bis zu einer halben Stunde andauert. Im späteren Verlaufe der Behandlung injizirte Verfasser bis zu einem Drittel einer Pravaz'schen Spritze voll Solutio Fowleri an einer Stelle und erzielte so zuweilen eine ausserordentlich rasche Verkleinerung der Tumoren. Was die Nebenwirkungen der Arsenikbehandlung betrifft, so beobachtete er zuweilen eigenthümliche, nach der Einspritzung auftretende Schmerzen vom Charakter der Neuralgieen; dann Schlaflosigkeit, die zuweilen durch den Genuss von Bier am Abende, zuweilen durch Bromkalium (2—3 Grm. täglich), zuweilen erst durch eine Verminderung der Arsenikgabe gehoben wurde; eine gewisse Nervosität der Kranken, trübe Stimmung; in drei Fällen zeigten sich Hauterkrankungen, die Verfasser als trophische Neurosen auffasste. Dieselben bestanden bei zwei Individuen in Herpes Zoster von ziemlich langer Dauer; eines dieser beiden Individuen bekam ausserdem ein Mal eine urkariaähnliche Eruption am ganzen Körper; dem dritten Falle entstanden an den stgerötheten Beugeseiten der Hände bis bohnegrosse Epidermisblasen, die später eintrocneten. — Zuweilen erfolgte die Verkleinerder Geschwülste unter Fieber, welches eweder einen kontinuirlichen oder intermitenden Typus zeigte; die intermittensähnlichFieberanfälle standen, wie es schien, mit dparenchymatösen Einspritzungen im Zusammenhange, welchen sie mit Regelmässigkfolgten. Sie waren stets von einer sichtlichraschen Verkleinerung der Tumoren begleit— v. Winiwarter deutet dieses Fieber Resorptionsfieber, angeregt durch die Aufnahme von durch den Arsenik veränderteEiweisskörpern in das Blut, und dieses Fiebregt dann seinerseits wieder eine vermehResorption an, wie ja auch anderweitig bobachtet wird. Er hat auch in einem Fvon sehr vorgeschrittener Leukämie mit mtiplen Drüsenschwellungen Arsenik mit raschErfolge angewendet, doch starb der Kranan einer interkurrenten genuinen Pneumoniso dass diese Beobachtung unvollständblieb. —

H. Nasse untersuchte innerhalb eines sellangen Zeitraumes das Blut der Schwageren und beziehen sich seine diessfallsigeBeobachtungen nicht nur auf den Menschesondern auch auf Hunde, welche Jahre lanunter Aufsicht blieben und denen von Zeit zZeit zur Ader gelassen wurde. Es konnte sdas Blut eines und desselben Thieres vor, während und nach der Schwangerschaft untesucht werden. Das spezifische Gewicht deBlutes gesunder Frauen setzt Verfasser au1055.3 fest; den Wassergehalt auf 802.4 peMille; den Fibringehalt zu 2.36 per MilleDas spezifische Gewicht des Blutserums betrug 1026.5; sein Wassergehalt 910.44. Demgegenüber zeigte sich bei Schwangeren eineVerminderung des spezifischen Gewichtes Dasselbe betrug nämlich 1) vom 2. bis Anfang des 6. Monats 1052.0; 2) vom 6. biEnde des 8. Monats 1049.7; 3) im 9. Schwangerschaftsmonat 1051.3; 4) bei Kreissenden1053.3. Auch das spezifische Gewicht desBlutserums nimmt etwas ab, der Gehalt anFibrin dagegen zu; bis auf 3.67 per Mille im9. Monate; 3.82 p. M. bei Kreissenden. —

Untersuchungen an Hunden ergaben für Blut während der Trächtigkeit: 1) Abe des spezifischen Gewichtes, bald nach Befruchtung beginnend und im Mittel M. betragend; 2) Zunahme des Wasserdes; im letzten Dritttheile der Schwanhaft um 3 p. M.; 3) konstante, jedoch hieden starke Zunahme des Fibringehaltes; ermehrung des Fettgehaltes; 5) Abnahme Menge der löslichen Salze von 6.49 p. M. urchschnitte auf 6.01 p. M.; 6) Abnahme Eisengehaltes im Mittel um 0.196 p. M. diese Veränderungen bilden sich nach Werfen der Jungen ziemlich schnell zu- Schon einige Tage nach der Geburt ht sich das spezifische Gewicht um 2.2 6.15 p. M., sinkt der Wassergehalt um bis 15.6 p. M., jedoch erfolgt die volldige Rückkehr erst, wenn das Säugen auft hat. Die Faserstoffmenge steigt mit nach den ersten Tagen, nimmt dann allmählig ab. Der Fettgehalt sinkt schnell, h nur, wenn das Thier seine Jungen t. Die Menge der löslichen Salze steigt in den ersten 2—5 Tagen selbst über Norm und nimmt dann wieder ab. Der lt an Eisen nimmt zu, das Blutserum gleichfalls konzentrirter. — Die grössere ünnung des Blutes in der Schwangerft erklärt sich nach Nasse aus dem gerten Stoffwechsel. Die Vermehrung des ns hängt mit dem reicheren Gehalte an losen Blutkörperchen zusammen, als deren llsprodukt das Fibrin anzusehen ist. hiv f. Gynäkologie, X, S. 315.)

Für den Menschen hat A. Krause unter hheim's Leitung festgestellt, dass die wefelsäure des Harnes nach dem nehmen von Schwefelblumen eine gerung erfährt und eine noch anchere nach dem Einnehmen von Schwefelh: von den ersteren erscheinen durchittlich 15 pCt., von der letzteren bis zu Ct. in Form von Schwefelsäure im Harne. wefelalkali fand sich nicht im Harne. Ein ches Resultat ergab ein von Etzinger einem hungernden Hunde im Voit'schen oratorium zu München angestellter Ver, welchen M. Regensburger in der chrift f. Biologie, XII, S. 479, mittheilt. h Eingeben von 7.72 Grm. Schwefel, welstarke blutige Diarrhöen bewirkte, fand im Harne 0.934 Grm. Schwefelsäure über Tagesmittel, entsprechend 0.374 Grm. Schwefel = 5 pCt. des eingeführten Schwefels. Verfasser stellte selbst einen weiteren Versuch bei einem Hunde an, welcher täglich 150 Grm. Fleisch erhielt und an zwei auf einander folgenden Tagen 2.072 resp. 2.604 Grm. Schwefel in Form von Schwefelmilch bekam. Es wurde dieses Mal nicht nur die Schwefelsäure, sondern auch der unoxydirte Schwefel des Harnes bestimmt. Die mittlere tägliche Schwefelsäureausscheidung betrug 0.550 Grm. Der Zuwachs an Schwefelsäure an den Versuchstagen war 0.708 Grm., entsprechend 0.283 Grm. Schwefel. Die mittlere Ausscheidung des neutralen Schwefels betrug als Schwefelsäure bestimmt 0.368 Grm., der Zuwachs an den Versuchstagen 0.469 Grm. = 0.188 Grm. Schwefel. Im Ganzen wurden also 0.471 Grm. Schwefel mehr ausgeschieden = 10 pCt. der angewendeten Menge. — Die Harnstoffausscheidung wurde nicht bestimmt; auch dieses Mal erfolgten blutige Diarrhöen, wiewohl nicht so stark wie in dem früheren Versuche. — In Betreff des Vorganges der Resorption von feinvertheiltem Schwefel wurde Folgendes ermittelt: Hühnereiweiss sowie Blutserum, einige Tage mit Schwefel digerirt, erhält nachweisbare Mengen von Schwefelnatrium und riecht nach Schwefelwasserstoff. Fibrin mit Pankreasauszug und Schwefel (bei Herstellung schwach alkalischer Reaktion durch Soda) digerirt bildet gleichfalls Schwefelnatrium. Auch Milch mit Schwefel unter schwacher Alkalescenz digerirt bildet Schwefelnatrium. Darnach beruht die Resorption des Schwefels im Darme wahrscheinlich auf der Bildung von Schwefelalkali. Die Wirkung auf die Darmentleerung beim Menschen ist wie die einer kleinen Dosis Schwefelalkali. Das Schwefelalkali nimmt im Körper Sauerstoff auf und bildet theils Schwefelsäure, theils wohl unterschwefligsaures Salz, wie die Zunahme des neutralen Schwefels zeigt. Das der Haut zugeführte Schwefelalkali wird durch das saure Sekret der Schweissdrüsen zerlegt unter Bildung von Schwefelwasserstoff. Der Schwefelwasserstoffgeruch, den man am Fleische der Thiere beobachtet, welche längere Zeit hindurch Schwefel erhalten haben, beruht auf der Einwirkung der bei der Todtenstarre entstandenen Säure auf das Schwefelalkali. —

In einem „Beitrage zur Physiologie der Stimme“ (Pester mediz.-chir. Presse, 1877, Nr. 3) sucht Dr. E. Löri nachzuweisen,

dass die Tiefe der Stimme nicht nur von dem Baue des Stimm-, sondern auch ebenso von dem des Resonanz-Apparates abhängt. Dass sie nicht allein von der Länge der Stimmbänder abhänge, gehe aus Messungen der letzteren hervor, welche Verfasser bei allen seinen Kranken vornahm. Die Stimmbänder sind bei Frauen 14—19, bei Männern 16—24 Mm. lang, aber L. fand eben so oft bei Sopran- und Alt-Sängerinnen, wie wieder bei Tenoristen oder Bassisten, längere oder kürzere Maasse, so dass er die Länge der Stimmbänder für die höhere oder tiefere Stimmlage nicht für allein massgebend halten kann. Auch die beim Lebenden freilich nur ungenau festzustellenden Maasse für die Stimmbandbreite ergaben manchmal bei Tenoristen enorm — bis 5 Mm. — breite, bei Bassisten auffallend schmale Stimmbänder. Auch die Stimmveränderungen bei den gleichen pathologischen Befunden sind so verschieden, dass daraus der Schluss gezogen werden kann, dass die Stimmbandmaasse allein nicht die Tonhöhe bestimmen können. Ebensowenig scheine die Bauart der übrigen Kehlkopftheile auf dieselbe einen entscheidenden Einfluss auszuüben. Der Mitfaktor für das Zustandekommen der Höhenunterschiede, welcher im Resonanzapparate liegt, ist nicht die Länge und Weite der Trachea oder der Winkel, welchen dieselbe mit dem Kehlkopfe bildet, oder der Bau des Thorax, auch nicht die Weite der Wundöffnung oder die Form der Zunge und die Weite der Choanen oder Nasenlöcher, sondern die Form des Rachens und Mundraumes. Je höher das Dach der Mundhöhle und das der Pars oralis pharyngis gewölbt ist, d. h. je höher der höchste Theil des harten und weichen Gaumens von einer von dem freien Rande der oberen Schneidezähne gegen die hintere Rachenwand in der Mittellinie gezogenen Horizontale absteht, um so tiefer ist die Stimme. Löri hat sich durch Jahre lang fortgesetzte Beobachtungen von der Richtigkeit dieser mit den bisherigen Annahmen im Widerspruche stehenden Thatsache überzeugt. Auch bei der Entwicklung der Stimme zur Zeit der Pubertät wird bei Knaben, welche tiefere Stimmen bekommen, das Dach der Mundhöhle höher. Messingschalen von gleicher Dicke und gleichem Durchmesser, aber von verschiedener Tiefe, geben für hohe oder tiefe Töne in entsprechender Weise verschieden starke Resonanz. Löri glaubt, „dass der menschliche Resonanzapparat je nach seinem Baue nur eine gewisse Reihe von höheren oder tieferen Tönen verstärken und in akus scher Reinheit zur Perzeption bringen kön Die Stimme werde musikalisch schön, w der Stimmapparat mit dem Resonanzappa in seinem Baue übereinstimme. —

J. Marty gibt (in den Arch. gén., 18 S. 660) die Krankengeschichte eines 22j Mannes, welcher an Gonorrhoe litt, deren Gefolge sich akute Endokar tis an den Aortaklappen einstell Initialfrost, hohe Temperatur (40°), sys sches Geräusch an den Aortaklappen, H palpitationen und Präkordialangst — das w die hauptsächlichsten Symptome der A tion. Rheumatismus oder metastatische lenkentzündung waren nicht vorhanden. werden aus der französischen Literatur neun analoge Fälle angeführt, bei wel sich 4—5 Wochen nach Beginn des Trip eine Erkrankung des Herzens und Herzbe entwickelte und zwar 7 Mal Endo- und 3 Perikarditis. Die erstere hatte vier Mal i Sitz an den Aortaklappen und drei Mal der Mitralis. In acht Fällen war der H affektion ein Tripper-Gelenkrheumatismus hergegangen, in zwei Fällen fehlte jede lenkaffektion. Die Komplikation wurde weilen mit Schüttelfrost eingeleitet und k zidirte häufig mit dem Ausbleiben des A flusses aus der Urethra; im Uebrigen sie im Verlaufe nicht von der gewöhnlich Form der Endokarditis ab, nur macht Ma auf die überwiegende Lokalisation an Aortaklappen aufmerksam, was beim ak Gelenkrheumatismus weniger häufig vorko — Der mitgetheilte Fall verlief günstig; tient verliess das Spital mit einem systolisch Geräusche an der Aorta, ohne nachweisb Vergrösserung des Herzens. Mit Nachlass akuten Erscheinungen begann der Ausf sich wieder einzustellen. — Zum Schlu weist Marty darauf hin, dass sämmtli seröse Häute während des Verlaufes ei Gonorrhoe sich entzünden können und d diese gesammten Affektionen in kausalem V hältnisse zu der primären Erkrankung Harnröhre stehen. —

Dr. Mauriac hat eine Anzahl Fälle v Herpes genitalis beobachtet, in welch Neuralgieen den Ausbrüchen der Bläsch vorausgingen, manchmal während der Eru tion bestanden, oder dieselbe sogar überdau

n. Der ausgeprägteste Fall betraf einen jähr. Patienten, bei welchem am 11. Tage ber Herpeseruption heftige Schmerzparoxysen in der Haut des Penis und des Skrotum ftraten; es gesellten sich schmerzhafte Buonen beider Leistengegenden hinzu, sodann mbago und andere irradiirende Schmerzen. ei späteren Recidiven wiederholten sich stets eselben Erscheinungen. Einmal sass der Hers am Nabel, an einer Stelle, an welcher ein hr zuvor eine Impfung von Herpeseiter mit neativem Erfolge versucht war. Die anderen Fälle igten analoge vage und irradiirende Neuralen, Hyperästhesieen und Anästhesieen einiger Hautstellen, brennende Hitze, Ameisenfen, Pruritus etc. Meist war die Belästigg Nachts am stärksten. Es fanden unregelässige oder regelmässige Intermissionen Statt. ls konstitutionelle Ursachen der Affektion richt Verfasser den Arthritismus und Herismus an, während er lokalen Momenten einen geringen Einfluss beimisst. Er fasst e beschriebene Krankheit als eine Gattung s Zoster auf, eine schon 1861 von v. Bärensprung geäusserte Meinung. Die Einwürfe ebra's gegen diese Bärensprung'sche ypothese sucht er zu widerlegen. Den Hauptnwand Hebra's, dass bei dem Herpes genitalis keine Neuralgieen wie bei dem Zoster rkommen, hält er durch seine eigenen Beachtungen für erledigt. Mit Recht stellt er eilich das Postulat auf, dass durch Sektionen s Bestehen einer Nervenalteration, wie lche beim Zoster nachgewiesen sind, auch r den Herpes genitalis erwiesen würde. Er laubt nicht an die reflektorische Entstehung, ndern vermuthet stets materielle Läsionen es Nervensystems. Er beobachtete das Uebel sher nur bei Männern, glaubt aber sicher, ass es auch bei Frauen vorkommt. (Gaz. es Hôpitaux, 1876.) —

Ueber ein sehr einfaches Verfahren der Taxis eingeklemmter Brüche berichtet San.-Rath Dr. Proske zu Bauernitz in der deutschen med. Wochenschrift, Nr. 18, 1877. Am 2. Dez. 1876 wurde derselbe zu dem Riemer T. in Jernau gerufen und fand einen eingeklemmten Leistenbruch rechterseits vor. Die Taxis gelang ihm ebensowenig wie dem vor ihm gerufenen Dr. S. Patient hatte durch zwei Tage verschiedene Abführmittel und wiederholte Klystire ohne jeden Erfolg genommen. Die Schmerzen im Leibe steigerten sich und trat bereits Erbrechen fäkaler Massen auf. Instinktiv entschloss sich nun Verf. zur Darmausspülung, in der Erwartung, dass die in die Därme eingelassene aussergewöhnlich grosse Quantität von lauem Wasser mechanisch die eingeklemmte Darmschlinge aus dem Bruchringe zurückziehen werde. Der Kranke wurde in der Knieellenbogenlage mit dem Steisse recht hoch gelagert, um die vollständige Erschlaffung der Bauchmuskeln zu erzielen. Verf. liess zwei Liter lauen Wassers in einen Irrigator giessen, an dem sich ein meterlanger Gummischlauch und eine Kanüle mit bleifederdicker Bohrung befand. Die Kanüle wurde in den After eingeführt und der Irrigator so hoch gehoben als es der Gummischlauch gestattete. Der Druck des Wassers war so mächtig, dass in wenigen Sekunden der volle Inhalt des Gefässes in die Därme des Patienten mit hörbarem Geräusche eindrang. In demselben Augenblicke zog sich die eingeklemmte Darmschlinge in die Bauchhöhle zurück, der Kranke erklärte sich für gesund, die Taxis war vollzogen. Wie der Kranke in eine bequeme Lage gebracht und die Spannung der Bauchmuskeln wieder möglich wurde, war er ausser Stande, die Darmfüllung zurückzuhalten, entleerte vielmehr unwillkürlich das eingelassene Wasser mit massenhaften Kothkonkrementen in einer Quantität von nahezu drei Liter. Ein passendes Band schliesst den Bruchring. Patient befindet sich wohl. — Am 23. Januar d. Js. übernahm Verfasser eine Brucheinklemmung des Bauern K. in demselben Dorfe. Ohne die Taxis erst zu versuchen, wandte er das oben beschriebene Verfahren mit demselben augenblicklichen Erfolge an. Verfasser will durch diese vorläufige Veröffentlichung der beiden Fälle Anlass geben zu weiteren Versuchen in der betreffenden Richtung. —

Dr. Charles Richet stellte im Laboratorium des Prof. Berthelot Beobachtungen über den Säuregrad des Magensaftes an einem jungen Manne an, bei welchem Prof. Verneuil wegen einer unwegsamen Oesophagus-Striktur eine Magenfistel angelegt hatte, durch welche der Kranke ernährt wurde. Es war experimentell erwiesen worden, dass von der Mundhöhle keinerlei Flüssigkeit, also auch kein Speichel in den Magen gelangen konnte. Feste Speisen verweilten im Magen 3—4 Stunden lang, Wasser und Alkoholica waren bereits nach 35—45 Minuten verschwunden. Die Speisen bleiben 3—4 Stun-

den im Magen, verschwinden daraus durchaus nicht allmählig, sondern plötzlich wie mit einem Rucke; der mittlere Säuregrad des reinen oder mit Speisen vermischten Magensaftes entspricht etwa 1.7 Grm. Salzsäure in 1000 Grm. Wasser (Minimum 0.5, Maximum 3.1) und gleichviel ob viel oder wenig oder gar keine Flüssigkeit im Magen vorhanden ist. Wein und Alkohol vermehrt, Rohrzucker vermindert den Säuregrad. Injizirt man Säure oder Alkalien in den Magen, so zeigt der Magensaft das Bestreben, seinen mittleren Säuregrad wiederherzustellen und gelangt auch dazu nach beiläufig einer Stunde. Am Ende der Verdauung nimmt der Säuregrad etwas zu, ausserhalb der Zeit der Verdauung nimmt er ab. Auf genauem chemischem Wege wurde auch erwiesen, dass im Magensafte freie Salzsäure enthalten ist und zwar, dass sie den grössten Theil der Magensäure ausmacht; ausserdem ist noch eine andere theils freie, theils an Natron, Kali und Kalk gebundene Säure darin enthalten und zwar, nebst Schwefelsäure und Phosphorsäure organische Säure, zumal Milchsäure, welche letztere direkt als milchsaures Zinkoxyd dargestellt wurde und zwar aus 1000 Grm. Magensaft 0.583 milchsaures Zink, was 0.431 Grm. Milchsäure entspricht; 0.431 Grm. Milchsäure entsprechen also 0.17 Grm. Salzsäure und auf 1000 Grm. Magensaft kommen 1.53 Grm. Salzsäure in nur 0.43 Grm. Milchsäure. (Gaz. hebdomadaire, 1877, Nr. 10.) —

Zur Theorie des Vesikulär-Athmens schreibt Dr. Franz Penzoldt, Privatdozent zu Erlangen, dem Centralblatte f. d. mediz. Wissenschaften vom 19. Mai 1877, was folgt: „Bei einigen experimentellen Untersuchungen, welche die Aufklärung der Entstehungsweise des Vesikulär-Athmens zum Zwecke hatten, fand ich die Thatsache, dass man beim Auskultiren des Kehlkopfgeräusches beim Menschen durch eine aufgeblasene Thierlunge hindurch ein modifizirtes, weniger klanghaltiges, als Vesikulärathmen zu bezeichnendes Athmungsgeräusch wahrnimmt, während man durch eine Leber z. B. das laryngeale Athmen unverändert hört. Wollte man nun die physikalischen Bedingungen ermitteln, auf welchen das Zustandekommen der Modifikation in diesem Experimente basirte, so waren zunächst drei in Betracht zu ziehen. Erstens konnte die verdichtete Luft der aufgeblasenen Lunge die Veränderung des Laryngealgeräusches bewirken. Zweitens war es möglich, dass d veränderten Schallräume, durch welche d Kehlkopfgeräusch fort- resp. quergele wurde, jene Umwandlung bedingten. Endli konnte die gespannte Lungensubstanz, inde sie durch das Laryngealgeräusch in Mitschwi ungen gerieth und ihre Schwingungen jene beimischte, jene mehr klangartige Schal erscheinung zu einer mehr geräuschartigen, de sog. Vesikulär-Athmen, modifiziren. Letzter hatte ich schon früher vermuthet. — D exakte Beweis für die beiden ersten Möglic keiten schien mir nicht leicht. Es ist z. schwierig, an Stelle der Lunge zwischen d Larynx und das Ohr des Beobachters komprimirte Luft ohne gleichzeitige Span ung von Membranen oder, allgemein ausg drückt, schwingungsfähige Substanz zu int poniren. Dagegen war es leicht, die komp zirten Verhältnisse der aufgeblasenen Lun in einem Versuche auf die einfachen der g spannten Membranen ohne komprimirte L zu reduziren. Es wurde desshalb ein Steth skop konstruirt, ganz in der Form des g wöhnlichen Traube'schen, aber aus, beiläu sieben, einzelnen Theilen, welche durch Schra ben mit einander verbunden werden könne Zwischen je zwei dieser Stücke wurde ei gespannte feine Membran (Fischblase) einge fügt. Damit der Raum zwischen je zw Membranen mit der äusseren Luft kommuni zirte, also ja keine Verdichtung der einge schlossenen Luft vorliegen konnte, war i jedem Stücke eine kleine seitliche Oeffnun angebracht. Das Versuchsresultat erlitt übri gens keine Aenderung, je nachdem diese Oef nungen geschlossen oder offen gelassen wur den. Durch dieses Stethoskop hört man a Larynx oder an Stellen der kranken Lunge an welchen man mit einem gewöhnliche äusserlich jenem ganz gleichen Hörrohre bron chiales Athmen wahrnimmt, nie bronchiale Respirationsgeräusch, sondern nur Vesikulär Athmen. Es ist dies ein Stethoskop, durch welches man überhaupt kein Bronchialathmen zu hören vermag. — Da nun dieses Instrument sich von einem gewöhnlichen Stethoskope nur durch die eingespannten Membranen unterscheidet, so ist der Beweis geliefert dass diese das bronchiale Respirationsgeräusch in vesikuläres umwandeln können. Da ferner in der aufgeblasenen Lunge die Substanz derselben in Spannung sich befindet, so kann die Modifikation in jenem Experimente auf diese Ursache zurückgeführt werden. Da endlich dieselbe Bedingung auch in der Lunge

lebenden Menschen gegeben ist, so kann nicht die Entstehungsweise des Vesikulärrens durch eine in der angegebenen Weise machte Modifikation des fortgeleiteten ngealgeräusches erklärt werden". —

einer von der Züricher Fakultät geten Preisschrift (Leipzig, 1876, 190 S.) häftigt sich O. Frey mit den patholochen Lungenveränderungen nach mung der Nervi vagi. Die sehr umreiche Abhandlung enthält folgende Ka: 1) Folgen der doppelseitigen Vagusschneidung bei Kaninchen, Hunden, en und Meerschweinchen, worin die An Traube's u. A. über den Eintritt der enentzündung und des Todes bestätigt en, sowie die Untersuchung von Carl dländer, nach welcher die Pneumonie wahre Bronchopneumonie darstellt. 2) rnde Verengerung der Luftwege hat bei chen keine Lungenentzündung, sondern Lungenemphysem und Atelektase zur e. 3) Die doppelseitige Recurrenslähmlässt Kaninchen in derselben Zeit unter gleichen Lungenveränderungen zu Grunde , wie nach doppelseitiger Vaguslähmung; ens entwickelt sich die Bronchopneumonie angsamer und führt erst spät zum Tode. ie Eliminirung beider Herzvagi — Herissen des Nervus accessorius und Durchidung des Nervus vagus unterhalb des nges des Nervus recurrens — ist, wie Genzmer in einem ähnlichen Verge gezeigt hat, ohne Folgen für Lunge Leber. 5) Die Lähmung der Lungen-, welche nach Traube nach Einlegen Luftröhrenkanüle studirt wird, führt Pneumonie, sondern nur eine Röthung Lungen herbei, die auf den Einfluss der äle, nicht auf im Nervus vagus verlaue Vasomotoren zurückzuführen ist; doch ben die Thiere darnach, ebenso wie bei aube, aber in etwas späterer Zeit als Kanüle; die Ursache des Todes ist nicht ermitteln. Die Wiederholung des Verses von Schiff mit partieller Durchschneides Plexus ganglioformis (grauer Partie elben) gibt in zwei Fällen, wie auch rl Friedländer schon gesehen hat, negative Resultate: Lungenentzündung war nicht getreten. 6) Künstliche Erzeugung einer Vaguspneumonie gleichen Pneumonie ch Einspritzung von Mundflüssigkeit in Lungen, auf welchem Wege schon Traube die Pneumonie hervorgerufen hat, gelingt auch dem Verf. Im Gegensatze zu Genzmer zeigt er ferner, dass auch menschlicher Mundspeichel die Pneumonie hervorrufen kann. Dagegen scheint grünes Futter, z. B. fein vertheilter Kohl, der in die Lunge gebracht wird, nicht die spezifische Entzündung, sondern nur Hyperämie zu bewirken. 7) Durchschneidung beider Nervi laryngei superiores hart an der Abgangsstelle, um auch die Pharynxäste noch zu lähmen, führte in einem Falle zu der gleichen Pneumonie, in einem anderen Falle nicht; Durchschneidung eines Laryngeus superior und des inferior der anderen Seite gibt ebenfalls die gleiche Pneumonie. 8) Unterbindung des Oesophagus nach vorausgegangener Durchschneidung beider Nervi recurrentes ruft, wie zuerst Traube gezeigt hat — dieselbe Pneumonie und in derselben Zeit wie nach doppelter Vagusdurchschneidung hervor. 9) Lähmung eines Vagus und eines Recurrens führt zu der gleichen Pneumonie, aber nicht immer in derselben Zeit, sondern bisweilen etwas langsamer. 10) Durchschneidung aller vier Kehlkopfnerven führt in zwei Versuchen zu Pneumonie und Tod wie nach Vaguslähmung; dieselbe Operation, an Hunden ausgeführt, hat den gleichen Erfolg. Frey bestätigt so die Ansicht Traube's, dass „allein die Lähmung des Kehlkopfes in Verbindung mit den gleichzeitigen Lähmungen im Digestionsapparate die Lungenentartung nach Durchschneidung beider Nervi vagi herbeizuführen vermag." —

Dr. Thaddaeus A. Reamy bespricht die Behandlung der chronischen Endometritis des Uteruskörpers mittelst Pressur. Er geht von der sehr richtigen Ansicht aus, dass bei Einschieben eines Laminariastabes die Wirkung eine ungleichmässige sei. Da bei der fraglichen Form der Endometritis die Höhle des Uterus weit ist, so kann ein einziger Laminariastab unmöglich die Schleimhaut überall komprimiren, was gerade sehr nöthig ist. Desshalb schiebt Reamy zunächst einen langen Stab ein und darnach je nach der Grösse der Uterinhöhle noch 2—4 kleine Stäbchen, welche bloss vom Orificium internum bis zum Fundus reichen. Diese Laminariastäbe bleiben sämmtlich 8—24 Stunden lang liegen, werden dann entfernt und eine Ausspülung der Gebärmutter und Applikation von Medikamenten auf die Schleimhaut des Cavum uteri folgt nach. Reamy

hält für die Hauptsache dieser Behandlung den überall gleichmässigen direkten Druck auf das kranke Gewebe des Corpus uteri. — Auch Dr. C. D. Palmer ist von der Nothwendigkeit der Dilatation der Gebärmutter überzeugt, doch findet er zu diesem Zwecke weder die Quellmeissel, noch die schneidenden oder bougieförmigen Dilatatoren zweckmässig. Er benützt vielmehr ein modifizirtes Ellinger'sches Instrument. Der uterine Theil desselben hat eine Krümmung, welche der gewöhnlichen Anteflexion des Uterus entspricht. Dieser Theil besteht aus zwei Branchen, welche sich an der dem Orificium externum entsprechenden Stelle nach den Seiten hin bewegen können. Diese Bewegung wird durch eine Schraube am Handgriffe, welche ähnlich der Schraube an den Drahtecraseuren mit Flügeln versehen ist, bewirkt. Das Maximum der beim Aufschrauben am äussersten Ende der Branchen zu erreichenden Entfernung beträgt $^7/_8$ Zoll. Das ganze Instrument ist 12 Zoll lang. Man kann es im Speculum anwenden, es kann gedreht und gewendet werden, so dass in allen Durchmessern der Gebärmutter eine Erweiterung derselben möglich ist. Das allmälige langsame Schrauben macht die Dilatation besonders gefahrlos. Das Instrument hat erstens für die Diagnose Nutzen, denn es erweitert die Cervikalhöhle für die Sonde und für Pressschwämme. Zweitens bietet es Vortheile bei der Behandlung, denn es erleichtert das Einführen von Intrauterinpessarien, Hysterotomen, Watte und Arzneimitteln. Bei Dysmenorrhoe ist das Instrument vorzüglich zu gebrauchen, so namentlich bei organischen Strikturen, verlängertem konischem Cervix etc. Hier wirkt die vorsichtige Erweiterung besser und viel gefahrloser als Messeroperationen. Auch für die Behandlung von Endometritis empfiehlt Palmer sein Instrument anstatt der Pressschwämme etc. Niemals kam eine Entzündung des Beckenbindegewebes etc. vor. Ein tödtlicher Ausgang, wie er nach Operationen am Cervix mehrmals beobachtet wurde, würde bei Applikation des beschriebenen Dilatatoriums unmöglich sein. (Schmidt's Jahrb. d. gesammt. Medizin, Band 173. 1877 Nr. 3.) —

Dr. Weinberg hat in 51 unter 156 Fällen von Delirium tremens die genaue Koincidenz der Dauer der Albuminurie mit der des Delirium beobachtet in keinem Falle waren pathologische Formelemente, die auf eine Nierenerkrankung hätten hinweisen können, im Urine gefunden worden. Es bleibe also nichts übrig, als eine Innervationsstörung dieser transitorischen Albuminurie zu substituiren. Die Therapie war wesentlich eine symptomatische, in vielen Fällen wurde rein exspektativ verfahren. Die Deliranten wurden isolirt, sie erhielten kräftige Diät und je nach dem Ernährungszustande kleine Dosen Alkohol. Bei etwa nur 30 pCt. der Fälle kam Chloralhydrat (5.0) in Anwendung. Dieses Mittel im Endstadium des Delirium angewendet hatte fast regelmässig den erwünschten Erfolg, indem meist schon eine halbe Stunde nach seiner Darreichung fester Schlaf eintrat, nach welchem die Patienten mit klarem Bewusstsein erwachten und ein Recidiv, wenigstens bald darauf, nicht eintrat. Bei diesem Verfahren war der Verlauf des Deliriums auch hinsichtlich der Dauer ein sehr günstiger, da er in 60 Patienten durchschnittlich zwei und einen halben Tag betrug. (Deutsche med. Wochenschrift, 1877, Nr. 17.) —

Dr. Friedrich Hesse zu Berlin theilt drei eigene und anschliessend einige von anderer Seite beobachtete Fälle von Erysipel des weichen Gaumens und des Pharynx mit, in welchen sich die Ansteckung von mit Hauterysipel behafteten Kranken genau verfolgen liess, so dass über die Natur der Affektion kein Zweifel sein konnte. In einigen Fällen bildete die Angina und Pharyngitis erysipelatosa die direkte Fortsetzung einer Gesichtsrose. Besonders bemerkenswerth ist der in drei Fällen konstatirte diphtherische Beleg der Mandeln, welchen Hesse für eine Analogie der bei intensivem Hauterysipel ebenfalls vorkommenden Nekrose der entzündeten Partieen ansieht. Die Krankheit beginnt mit Schüttelfrost und verläuft mit hohem Fieber, Schlingbeschwerden und besonders starker Trockenheit in Schlund und Nase. (Deutsche mediz. Wochenschrift II. 26. 27.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 24. *Erlangen*, am 16. Juni 1877.

Wöchentlich 2 Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 9 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Retropharyngeal-Abszesse bei Kindern und über Lymphadenitis retropharyngealis. Zur Ovariotomie. Ueber syphilitische Affektionen der Lymphdrüsen. Ueber Riesen-Urticaria. Einfluss der Phimosen-Operation auf die männliche Impotenz. Zur Radikalheilung der Bauchbrüche. Zur Lehre von der Schweisssekretion. Wirkung des konstanten Stromes auf die Suppuration von Wunden oder Geschwüren.

Die Jahrbücher f. Kinderheilkunde, N. F. X. 1. u. 2. p. 108, bringen eine Arbeit über Retropharyngeal-Abszesse bei Kindern und über Lymphadenitis retropharyngealis von Prof. Dr. Johann Bókai zu Pest. Zu seinen bereits früher veröffentlichten 12 Fällen von Retropharyngeal-Abszessen beobachtete derselbe seitdem 132 weitere. Unter diesen 144 Fällen waren 129 idiopathisch, 7 sekundär (3 durch Eitersenkung bei Halsabszessen, 4 bei Spondilytis cervicalis), 7 im Verlaufe von Scharlach und einer traumatisch entstanden (fremder Körper) und wurden 102 in der Rachenhöhle mit dem Bistouri, 5 ebendaselbst mittelst Fingerdruckes, 19 spontan eröffnet und 18 blieben uneröffnet. Es starben 11 Kinder; 13 Fälle entzogen sich der weiteren Beobachtung. Hieran reiht Verfasser 43 Fälle von Lymphadenitis retropharyngealis, welche er als Vorstufe des idiopathischen Retropharyngeal-Abszesses erklärt, wie dies auch zum Theile bereits Roustan, Gautier und Schmitz gethan haben. Alle Fälle der Lymphad. retrophar. erregten den Verdacht eines idiopathischen Retrophar.-Abszesses, es kam aber nicht zur Abszedirung, sondern trat vielmehr vollkommene Zertheilung ein. Beide in Rede stehende Krankheiten nehmen meist die seitlichen Theile der Rachenhöhle ein, was mit den anatomischen Verhältnissen der Halslymphdrüsen vollständig übereinstimmt und was auch Prosektor Dr. Dollinger zu Pest nach Untersuchungen an 30 Kinderleichen bestätigte. Im Verhältnisse zu den aus einer Lymphadenitis entstandenen idiopathischen Retrophar.-Abszessen sind die sekundären, durch Eitersenkung entstandenen Abszesse sehr selten, besonders wenn man die Masse von skrofulösen Lymphdrüsen-Affektionen am Halse bedenkt. Der Ausbreitungsbezirk der anderen Art der sekundären Retrophar.-Abszesse (bei Spondylitis cervicalis) ist durch die Arbeiten von Henke, Koenig, Soltmann und Demme bekannt; ihr seltenes Vorkommen bestätigte auch Schmitz. Die im Verlaufe von Scharlach entstandenen Retrophar.-Abszesse, deren ersten Fall Bókai früher als metastatischen kennen gelernt hatte, haben nicht immer diese Entstehungsart, da sie in den 6 weiterhin beobachteten Fällen sich als idiopathische darstellten, d. h. aus einer Lymphad. retrophar. sich entwickelt hatten. Der traumatische Fall war durch Verschlucken einer Damen-Broche, deren spitze Erhabenheiten sich in den Wandungen des untersten Rachentheiles gefangen hatten, und durch die schwierige Extraktion entstanden und führte am vierten Krankheitstage durch Lungenödem zum Tode. — In Betreff der Aetiologie bemerkt Verfasser, dass beide Geschlechter in ziemlich gleicher Weise befallen waren. Die idiopathischen R.-A. bevorzugen das 1.—3. Jahr; das jüngste Kind zählte erst acht Wochen; später traten lieber die sekundären Abszesse auf. Von besonderer Wichtigkeit für die idiopathischen Abszesse ist die Skrofulosis (gegen Schmitz); in 32 Fällen waren multiple Schwellungen der Hals-

lymphdrüsen, Ekzeme oder chronische Entzündungen des Gehörorganes zugegen. In 10 Fällen waren die Kinder rhachitisch-atrophisch, in zweien mit Keuchhusten behaftet u. s. w. Bei 10 Kindern verlief neben dem Abszesse eine Pneumonie und drei Mal folgte demselben eine Facialisparalyse. Dass die Abszesse mit der Zahnperiode in irgend welchem Zusammenhange ständen, verneint Verfasser ebenso wie seine frühere Ansicht, dass sie aus einer Pharyngitis catarrhalis entständen. Vielmehr schaltet er jetzt das Mittelglied der Lymphadenitis ein, welche denselben Zusammenhang mit der Pharyngitis hat, wie die Drüsenschwellungen bei chronischen Ekzemen etc. — Die Untersuchung geschieht bei Kindern am besten mit dem Zeigefinger, da die Inspektion des Rachens ihre bekannten Schattenseiten hat. Ist eine Lymphadenitis oder ein Abszess konstatirt, so untersucht Verfasser die Halsgegend auch genau von aussen, um über den Ausbreitungsbezirk der Affektion Aufschluss zu erhalten. — Die Entwicklungsdauer der idiopathischen Retrophar.-Abszesse ist eine sehr verschiedene; die kürzeste Zeit waren zwei, die längste 14 Tage; noch viel langsamer entstehen die sekundären Abszesse. Die ersten Symptome des Abszesses sind erschwertes Schlingen, näselnde Stimme (nach Schmitz „Gaumenton“) oder zuweilen gurgelndes Geräusch beim Beginne des Sprechens und die Veränderungen der Respiration (Athmen mit geöffnetem Munde, nur wenn die Eingänge zu den Choanen verlegt werden und schnarchendes Athmen beim Schlafe). Wichtig ist die Haltung des Kopfes; er wird steif gehalten und etwas nach rückwärts gebeugt. Zuweilen bemerkt man bei der Inspektion eine sich bildende spontane Durchbruchsöffnung. Bei der Digitalexploration fühlt man im Beginne eine härtliche, resistente, bohnen- bis haselnuss-grosse, bei Druck empfindliche und mit glatter Oberfläche versehene Geschwulst, öfter seitlich als in der Mitte der hinteren Rachenwand (akute Lymphadenitis). Geringere Empfindlichkeit zeigen subakute und chronische Fälle, so lange es noch nicht zur Eiterung gekommen ist. Oft ist das untere Ende eines solchen Abszesses schwer zu fühlen, leicht dagegen Verschiedenheit der Resistenz an verschiedenen Stellen der Abszesswandung aufzufinden (Oeffnung derselben durch Fingerdruck oder Bistouri). Die kombinirte Untersuchung der Rachenhöhle (von Innen und Aussen zugleich) gibt den Vortheil, dass man leichter Fluktuation nachweisen kann. Erst wenn deutliche Abszedirung eintritt, komm Fieber (bis 39° C.) zur Beobachtung. Grösse Schwierigkeiten bereiten der Diagnose gleich zeitige Erkrankungen in der Mundhöhle (Dip therie etc.), die den Abszess verdecken. E was abweichend sind die Erscheinungen b sekundären Retropharyngeal-Abszessen je nac dem Ausbreitungsbezirke des Eiters; beso ders ist die Spannung der Abscesswandung n eine so starke als bei idiopathischen Abszesse — Bei der Besprechung der Diagnose d spondylitischen Retroph.-Abszesse bemer Bókai, dass der Beginn der Wirbelaffektio leichter zu entdecken sei, wenn das Kind u sprünglich mit rhachitischer Kyphose behaft war. — Die Prognose des Retrophar.-Absze ses ist stets eine ernste. Verfasser zählt d Leiden, trotz verhältnissmässig geringer Ster lichkeit, zu den schwersten und gefahrdrohen sten des Kindesalters. Die Prognose d idiopathischen R.-A. ist nach seiner Zusam menstellung nicht zu schlecht (von 129 Fälle verliefen 5 tödtlich = 3.88 pCt.), währe Gautier ein viel schlechteres Mortalitätsve hältniss aufzählt (für alle R.-A. 26.1 pCt. Bókai betont, dass der Retroph.-Absze meist einen tödtlichen Ausgang nimmt, wen er sich selbst überlassen bleibt oder verkan wird; die spontanen Eröffnungen gehören den Seltenheiten (19 Mal unter 144 Fällen); ab auch bei spontaner Eröffnung kann durc Durchbruch des Eiters in die Luftröhre E stickungstod eintreten. Dagegen kann durc zeitige Eröffnung idiopathischer Abszesse d glückliche Ausgang meist herbeigeführt we den; denn mit der Entleerung schwinde schnell alle gefahrdrohenden Symptome, m Ausnahme der Fälle, in welchen der Eiter die Luftröhre gelangt, was plötzlichen To oder eine Pneumonie zur Folge haben kan — Den Zusammenhang der Abszesse m Facialparalyse erklärt Verfasser durch d Ausbreitung des Krankheitsprozesses bis die Gegend des Unterkieferwinkels, woselb auf den aus dem Foramen styloideum austr tenden Facialis entweder ein Uebergreifen de Entzündung oder ein Druck von Seite de Eiteransammlung oder der geschwellten Lymph drüsen stattfinden kann. Die Therapie der akute Lymphadenitis retrophar. besteht in kalten Um schlägen und Ausspritzen der Mundhöhle m kaltem Wasser. Bei chronischem Leiden sin die kalten (Priessnitz'schen) Umschläge selte ner zu wechseln und Jodbepinselungen de Haut des Halses vorzunehmen. Bei den erste Zeichen von Abszessbildung warme Umschläge

sobald deutliche Fluktuation bemerkt wird, künstliche Eröffnung mit Fingerdruck oder Bistouri, welches entweder im Gesichtsfelde eingeführt wird oder nur unter Leitung eines Fingers eingestossen werden kann. Für einzelne Fälle gebrauchte Bókai auch einen gekrümmten Troicart. Ob Stoerk sein Pharyngotom, welches mittelst Kehlkopfspiegel benützt wird, auch bei Kindern anwenden konnte, ist unbekannt. Schmitz liess ein gedecktes Messer konstruiren, welches besonders Ungeübten anzuempfehlen ist. Nach der Inzision muss der Kopf des kranken Kindes vorgeneigt werden. — Als Nachbehandlung dient Reinhalten der Rachenhöhle durch lauwarme Einspritzungen, bei grösseren Kindern Gurgeln. Vorzeitige Verwachsung der Inzisionsöffnung wird durch tägliche Digitaluntersuchung, bei welcher die etwaige Verwachsung durch Druck wieder gelöst wird, verhütet. Bei Neigung des Eiters zur Verjauchung sind schwache Karbolsäurelösungen einzuspritzen und ist ein tonisirendes Verfahren einzuschlagen. Interessant ist die Beobachtung eines Falles, in welchem trotz der Inzision der Eiter später noch den äusseren Gehörgang perforirte, aber die Heilung ohne Nachtheil erfolgte. Eitersenkungen von Halsabszessen sind durch zeitiges Oeffnen der letzteren oft zu verhüten; dagegen sind Eitersenkungen bei Spondylitiden nie ohne dringende Indikation zu eröffnen und müssten in diesem Falle nachher Antiseptica zur Anwendung kommen. Bókai's 187 Fälle von Retropharyngeal-Abszessen und Lymphadenitis retropharyngealis vertheilen sich auf 22¼ Jahre und einen Krankenbestand von 108,189 Kindern. — Noch während des Schlusses der vorliegenden Arbeit kamen ihm abermals zwei Fälle zur Beobachtung, nämlich ein sekundärer Abszess bei Spondylitis und ein idiopathischer, so dass die Gesammtzahl von seinen Fällen sich bis jetzt auf 146 Retropharyngeal-Abszesse beläuft.

In der Wiener mediz. Wochenschrift vom 21. April d. Js. veröffentlicht Dr. Herrmann Beigel einen Bericht über die letzten d. h. neuesten 300 Ovariotomieen Spencer Wells'. Er beginnt denselben mit nachfolgenden Bemerkungen über die mediz. Gesellschaften Englands, welche, da es anderswo nicht so ist, wohl verdienen, im Kreise unserer Leser bekannt zu werden. „Die englischen medizinischen Gesellschaften sind ein treues Spiegelbild des öffentlichen Lebens in England. Niemand hält sich dort für zu hoch, um nicht in die Arena zu treten und Theil zu nehmen an der sozialen und wissenschaftlichen Diskussion, und da dort weder der Professor, noch der Geheim-, Hof- oder sonstige Rath etwas gilt, sondern der Mann, sein Wissen und sein Charakter, nehmen die Diskussionen jenen Reiz des freien Wortes an, welches mit gleichem Interesse aus dem Munde des jüngsten Mitgliedes wie des erfahrensten Gelehrten vernommen wird. Nur zwei Dinge sind daselbst ungelitten und daher unmöglich, nämlich wissenschaftlicher Schwindel und das Sprechen vom hohen Olymp herab. Auch das reine Theoretisiren mundet dem Engländer nicht, er will Thatsachen. In dieser Weise gestalteten sich auch die medizinischen Vereine zu wahren Akademieen um und wer den vielen Sitzungen beiwohnte, in welchen mit dem grössten Ernste und Eifer wie mit ausserordentlicher Ausdauer die Diskussion über den Krebs geführt wurde, oder über Tuberkel, oder über die puerperale Septikämie, wer endlich weiss, dass Männer wie Watson, Paget, der jüngst verstorbene Fergusson, Jenner u. A., welche bereits auf den Lorbeeren ihres Ruhmes der wohlverdienten Ruhe geniessen, es doch noch für ihre Pflicht halten, ihre Erfahrung in die Versammlungen zu tragen, wenn derart wichtige Gegenstände auf der Tagesordnung stehen, und wer endlich hört, wie sie ihren Erfahrungen nicht durch ein paar in den Bart hineingebrummte Floskeln, sondern durch spaltenlange wohlbedachte und wohlgegliederte Reden Ausdruck verleihen, der wird sich des Unterschiedes der englischen medizinischen Gesellschaften und der dortigen Koryphäen der Wissenschaft gegen jene anderswo klar werden müssen. In diesen Gesellschaften, gewöhnlich in der medico-chirurgical oder pathological Society, meldet sich von Zeit zu Zeit ein Mann mit einem feingeschnittenen Gesichte, durchdringendem Blicke, unaussprechlicher Bescheidenheit und herzgewinnender Anspruchslosigkeit zum Worte und alle Anwesenden lauschen mit gespannter Aufmerksamkeit. Es ist T. Spencer Wells, der grosse Ovariotomist, aus dessen Händen Hunderte von Frauen ihr dem vorzeitigen Untergange verfallen gewesenes Leben wieder erhalten haben; er stattet Bericht ab über die Resultate seiner Operationen während der letzten Jahre. Eine solche Versammlung der mediz.-chirurg. Gesellschaft zu London fand am 27. Febr. d. J. Statt. Spencer Wells

legte der Versammlung seine dritte die während der letzten drei Jahre ausgeführten 300 Ovariotomieen umfassende Reihe dieser Operationen vor. Mit den früheren beiden 500 Fälle umfassenden Serien gibt dies zusammen 800 Ovariotomieen. Eine respektable Zahl, auf Grund welcher sich, sollte man meinen, schon mit ziemlicher Sicherheit sprechen lässt. Aber darin gerade erkennt man den Meister, den soliden ernsten Mann; er vermeidet es, Schlüsse zu ziehen, denn je grösser seine Erfahrung wird, desto mehr erkennt er die Gefährlichkeit allgemeiner Aussprüche. Hier steht er im Kontraste mit dem nicht genug zu tadelnden Verfahren mancher kleinstädtischen Operateure, welche Alles mit ihrem Professorentitel decken zu können wähnen. Da macht der eine während 10 Jahren 4 Ovariotomieen, davon starben 2, also lautet sein Schluss: Mortalität = 50 pCt. Das mag gelehrt klingen, ist aber der purste Unsinn. Hat es der andere gar auf 15 oder 20 Operationen gebracht, nun dann spricht er schon ganz positiv über die beste Behandlung des Stieles, über den Werth der Drainage etc., nicht bei seinen wenigen, kaum erwähnenswerthen paar Fällen, sondern bei der Ovariotomie! — Von den von Spencer Wells vom Juli 1872 bis September 1876 neuerdings operirten 300 Patientinnen waren 167 verheirathet, 133 ledig, die jüngste Kranke war 8, die älteste 77 Jahre alt. Obgleich sich darunter viele Fälle der verzweifeltsten Art befanden, stellt sich das Resultat der Genesung dennoch im ersten Hunderte auf 28, im zweiten und dritten Hunderte aber auf 24 pCt., ein Resultat, welches zwar nicht so günstig als das von Keith, des glücklichsten der Ovariotomisten, ist, da dessen Erfolg sich folgendermassen gestaltete: Von der I. Reihe von 50 Fällen starben 11, von der II. Reihe von 50 Fällen starben 8, von der III. Reihe von 50 Fällen starben 8, von der IV. Reihe von 50 Fällen starben 6. Dabei darf allerdings nicht ausser Acht gelassen werden, dass es sich bei Keith um den Vergleich von 200, nicht 800 Fällen handelt. Ich sah bei Baker Brown einige 20 Ovariotomieen hintereinander in rasche Genesung ausgehen. Hätte er diese Reihe statistisch verwerthen wollen, dann würde sich ein Heilungsresultat von 100 pCt. ergeben haben. Allein bald darauf trat das Umgekehrte ein und eine nicht minder grosse Reihe verlief letal. Das sollte eine Warnung für diejenigen Operateure sein, die einige Fälle zu operiren Gelegenheit hatten und dieselben rasch den gefährlich Manipulationen der Statistik unterwerfen. Von grossem Interesse mussten Spenc Wells' Bemerkungen über den Einflu welchen die Drainage der Bauchhöh — welche er die wichtigste aller Modifi tionen der operativen Chirurgie nennt — a seine Resultate ausgeübt hat, se Die Spuren dieser Methode verfolgt er bis die früheste Geschichte der Ovariotomie, die Drainage durch die den Stiel befestigen Ligatur die Regel war, bis sie durch die a gemein adoptirte extraperitoneale Behandlu des Stieles und die intraperitoneale Ligat oder das Glüheisen ausser Gebrauch gese wurden. Wells empfiehlt die gelegentlic Punktion und Drainage mit oder ohne darau folgende antiseptische Injektionen, wenn solch sich nach der Operation als nothwendig e weisen, spricht sich aber gegen die jede malige Drainage aus. So hat er in den 3 Fällen nur acht Male gleich bei der Opera tion drainirt und nur in 11 anderen Fälle hat der Abfluss von Flüssigkeit durch d Operationswunde oder bei der Punktion pe Vaginam stattgefunden. Nachdem Wells ein Beschreibung der verschiedenen Drainage methoden sowie des Gebrauches einfache oder antiseptischer Injektionen *geliefert hatte* behielt er sich die Besprechung der Frag über die umfangreichen antiseptischen Vor sichtsmassregeln während und nach der Ova riotomie für eine andere Gelegenheit vor, d er die Absicht hat, 100 Fälle unter Beobacht ung aller antiseptischen Vorsichtsmassregel zu operiren, machte dabei aber *folgend* höchst interessante Bemerkung: Seit seine 800. Ovariotomie hat er bereits 27 neue aus geführt, alle mit glücklichem Erfolge. Hätte er bei diesen nun das antiseptische Verfahren in Anwendung gezogen — was aber nicht geschah — dann hätte man Angesichts dieses ausserordentlichen Resultates dem Schlusse unmöglich widerstehen können, dass der Erfolg auf Rechnung des antiseptischen Verfahrens zu setzen sei". —

Die einzigen näheren Angaben über die syphilitischen Affektionen der *Lymph* drüsen, welche von Virchow herrühren tragen den klinischen Bedürfnissen nicht hinreichend Rechnung, insoferne hierbei mehr die Analogie mit tuberkulösen und typhösen Prozessen im Auge behalten wurde. *Deshalb* wählte Dr. Vajda zu neueren Unter

suchungen über die fraglichen Erkrankungen Objekte, welche aus den verschiedensten Stadien der Syphilis stammten, wodurch ein Vergleich möglich wurde. Der 1. Fall betraf ein junges Individuum, welches in der 4.—5. Woche der Infektion an Pneumonie starb. Es fand sich hier eine Induration in der rechten Eichelkronenfurche. Der zweite Kranke, behaftet mit Papeln an den Geschlechtstheilen so wie einem makulösen Syphilide (Recidiv), starb an Cholera. Im dritten Falle bestand ein soeben ausgebrochenes makulöses Syphilid; die Patientin starb an Endometritis puerperalis. Der 4. Fall betraf eine ausgebreitete Induration am Präputialsacke und ein pustulöses Syphilid; Patient starb an den Folgen eines hochgradigen Lungenemphysemes. Der 5. Kranke mit ulzerösem Syphilide starb an Lungentuberkulose. Der 6. Kranke, mit Drüsenfisteln und pustulösem Syphilide behaftet, starb an Tuberkulose. Der 7. Kranke endlich, mit ulzerösem Syphilide, starb an Bronchitis capillaris. — Bei der Untersuchung dieser Fälle ergab sich, dass zwischen der Extensität der Lokalaffekte in den Primärherden und der Intensität der entsprechenden Drüsenerkrankung ein direktes Verhältniss bestand. Dieses direkte Verhältniss schien dem Verfasser gestört, wenn durch lange anhaltende Reize, z. B. bei früher mit Ekzem oder Prurigo behafteten Individuen, später Syphilis folgte. Hier konnte es vorkommen, dass man enorme Drüsengeschwülste fand, welche zum unbedeutenderen Primäraffekt in keinem Verhältnisse standen. — Bei dem Leichenbefunde, welchen die von der Inguinalgegend bis zum Promontorium resp. Ductus thoracicus lospräparirten Drüsen zeigten, stellte sich heraus, dass die weiter vom primären Krankheitsherde gelegenen Drüsen weniger geschwollen und krank waren. Zwischen den oberflächlichen Leistendrüsen fand sich bezüglich der Erkrankung wenig Unterschied; eine heftigere Erkrankung war zuweilen an denjenigen Drüsen zu bemerken, welche mehr einen direkten Weg zu der Drüsenkette bilden, welche sich an der Innenfläche des Ileopsoas hinzieht. Das Ganze hatte den Anschein, als ob die Drüsen nach und nach das Akmestadium der Erkrankung mit abnehmender Intensität erreichen würden". Dies galt besonders von einer Drüsenkette, zur Zeit der Eruption eines Syphilides zwischen dem Primärherde und dem Ductus thoracicus. In zwei Fällen von ulzerösem Syphilide war dieses Verhalten kaum bemerkbar. Die amyloide Entartung der oft bohnengross angeschwollenen Drüsen ist jedoch nach Virchow als Ausdruck und Folge der Kachexie anzusehen. — Bezüglich der Stadien der Erkrankung lassen sich die anatomischen Ergebnisse in folgender Weise zusammenfassen. Das Schlaffwerden des Drüsenparenchymes, welches Vajda durch mikroskopische Bilder zu erläutern bestrebt ist, muss als sicherstes Zeichen der Rückbildung des Prozesses aufgefasst werden, welchem Vorgange das Stadium der käsigen Infiltration nach Virchow entspricht. Nach seinen durch Abbildungen erläuterten mikroskopischen Befunden kann jedoch von einem käsigen Stadium nach Virchow, Schüppel, Waldenburg „nicht die Rede sein". Jenes Stadium der markigen Infiltration, welches nach Virchow dem käsigen vorhergehen soll, fand Verfasser in einem Falle, in welchem der Tod 4—5 Wochen nach der Infektion eintrat. Die in der nächsten Nähe des Infektionsherdes in der Leistengegend befindlichen Lymphdrüsen waren weich, derb elastisch, roth und succulent, jungem Knochenmarke nicht unähnlich. — Vajda wirft nun die Frage auf, welcher Unterschied zwischen dem Stadium der markigen Infiltration und Virchow's käsigem oder besser Stadium der Relaxation zu statuiren sei. Er glaubt, dass eine graduelle Verschiedenheit bezüglich der Zellenanhäufung und der mehr konsekutiven Erweiterung der Gefässe im Stadium der markigen Infiltration obwaltet. Diese beiden mehr anatomisch konstatirbaren Stadien lassen sich auch klinisch sehr gut nachweisen, das markige Stadium als Anschwellung und Succulenz, das käsige oder Relaxations-Stadium durch Schlaff- und Weichwerden der Drüsen, seichte Vertiefung, falsche Fluktuation. Das allererste Stadium, nach Virchow Stadium der entzündlichen Auflockerung, lässt sich wohl annehmen, jedoch anatomisch schwer beweisen. — Für die syphilitischen Affektionen der Lymphdrüsen sind nach Vajda noch folgende Eigenschaften charakteristisch: 1) Das Intaktbleiben und passive Verhalten der Drüsenkapsel. 2) Die Anhäufung von Zellen in den Alveolen und Lymphgängen. Dieser Zelleninhalt der Drüsen scheint dem Verfasser der Hauptsache nach importirt, was er um so wahrscheinlicher findet, als die Proliferationserscheinungen theils von Seiten des Reticulum, theils der Gefässe nicht in einem entsprechenden Verhältnisse zur Anhäufung der Zellen stehen, selbst dann nicht, wenn dieselbe ihren Höhepunkt erreicht

hat, nämlich zur Zeit der markigen Infiltration. Ferner glaubt er als Beweis anführen zu können die Ansammlung der Zellen gerade an Stellen, an welchen die Zellenproduktion am wenigsten stattzufinden pflegt, welche für die Lymphe als Strombett dienen, nämlich in den peripherischen Zonen der Lymphalveolen und Lymphgänge. Noch mehr spricht dem Verfasser hierfür die Abnahme der Drüsenerkrankung und Zellenanhäufung mit Zunahme der Entfernung vom Infektionsherde. 3) Die anatomischen Veränderungen bei syphilitisch erkrankten Lymphdrüsen sind nicht derartig charakteristisch, dass man aus irgend einem beliebigen Bilde, eines Stadium der Erkrankung die syphilitische Natur der Affektion mit Bestimmtheit zu erkennen im Stande wäre. 4) Das Charakteristische ist dagegen in der Gesammtheit der Vorgänge zu suchen; Nicht-Betheiligung der Kapsel ist bekanntlich auch bei den tuberkulös erkrankten Lymphdrüsen zu finden und eine Erweiterung der Gefässe findet man auch bei akut entzündeten Drüsen. 5) Der Drüseninhalt gelangt dem Anscheine nach zur Zeit der Relaxation des Drüsenparenchymes ohne wesentliche Veränderung der Formelemente in die Säftemasse, wofür der anatomische Befund spricht. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph., III, 4, p. 449.)

Als „Riesen-Urticaria" beschreibt J. L. Milton (Edinb. med. Journ., CCLVIII) eine sehr komplizirte neue Form der Urticaria, welche ausser der Haut auch die Zunge, den Schlund, vielleicht auch die Luftröhre und Harnröhre ergreift, mit mächtigen Schwellungszuständen einhergeht und in den bisher beobachteten sechs Fällen Milton's mit Ekzem oder Psoriasis zusammen auftrat. Der erste beobachtete Fall betraf einen 34jährigen Mann, welcher nach einem Anfalle von Ekzem, Kolik und Neuralgie in der Gegend des Poupart'schen Bandes eine mächtige schmerzlose Schwellung bekam, welche bald schwand, um einer anderen halbzollhohen Schwellung unterhalb der Crista ossis ilei Platz zu machen. Diese kroch weiter und schwand am vierten Tage. Dann folgten Monate lang tägliche Eruptionen bald am Körper, bald im Gesichte. Drei Mal entstanden mächtige Schwellungen in der Kehle, am Zäpfchen und am Gaumen, welche fast zur Suffokation führten. Die stets schmerzlosen Schwellungen waren scharf umschrieben und fest anzufühlen, etwa wie ein kontrahirter kräftiger Biceps. Nie waren Jucken, Farbenveränderung, Abschuppung, Fieber oder andere allgemeine Erscheinungen vorhanden. Medikamente waren erfolglos, doch schienen Colchicum und Jodkalium den Verlauf abzukürzen. Später blieb der Patient ganz frei von diesen Zuständen. — Der zweite Fall betraf ein 20jähriges gesundes Mädchen, welches an Ekzem litt und sehr häufig eine sehr starke Anschwellung der Stirne und Lider bekam. Seit 18 Wochen war diese Schwellung wöchentlich mindestens ein Mal aufgetreten. Nach fünfmonatlicher Behandlung konnte die Kranke geheilt entlassen werden. Der dritte Fall entspricht einer gewöhnlichen heftigen Urticaria. — Der vierte Fall betrifft einen kräftigen gesunden Mann, welcher seit sieben Jahren an Schwellungen des Gesichtes, der Lider, Glans penis und des Skrotum litt. Auch Nasenschleimhaut und Zunge wurden stellenweise ergriffen. Das Auge war oft zwei bis drei Wochen geschlossen. Die Anfälle wiederholten sich alle zwei bis drei Wochen. — Der fünfte Patient, ein 39jähriger Mann, litt sieben Jahre an Schwellungen, welche mit Allgemeinerscheinungen, wie Katarrh und Appetitmangel, begannen, worauf Zunge und Rachen anschwollen, darauf trat irgendwo eine Hautanschwellung auf. Auch dieser Patient litt an Eczema squamosum. — In dem sechsten Falle eines 34jährigen gesunden Mannes blieb stets das Gesicht frei. Er litt seit neun Jahren an Psoriasis und bekam vor drei Jahren zum ersten Male Anschwellungen in Form kleiner Tumoren, welche stärker anschwollen und jedes Mal drei bis vier Wochen anhielten. In den letzten Fällen war meist etwas Jucken vorhanden und sie schienen sich auf den Gebrauch von Eisen, Colchicum und Arsenik zu bessern. Milton hebt die Unterschiede von gewöhnlicher Urticaria ab ingestis hervor. —

In einer Arbeit über den Einfluss der Phimosen-Operation auf die männliche Impotenz theilt Dr. Budukalow zu Charkow aus der Zahl (15) der von ihm vollführten Operationen dieser Art vier Fälle mit, in welchen er die Operation zu dem Zwecke vornahm, um durch dieselbe die männliche Impotenz, welche von einer übermässigen Empfindlichkeit der Eichel abzuhängen schien, zu heilen. In allen vier Fällen war den Männern nach der Heirath eine vollständige Kohabitation unmöglich, da die Erektionen von zu kurzer Dauer waren und die Ejakulation im-

mer vor dem vollständigen Einführen des Gliedes eintrat. In zweien dieser Fälle hatten die Patienten vor der Ehe den Koitus mit Erfolg ausgeübt, in den zwei anderen Fällen war ein keusches und enthaltsames Leben vor der Verheirathung geführt worden. Die Untersuchung ergab in allen Fällen das Vorhandensein einer Phimosis und dadurch bedingte übermässige Empfindlichkeit der Eichel. Durch die Beseitigung des Uebels auf operativem Wege wurde die Empfindlichkeit der Eichel gehoben, so dass den Patienten nach Verlauf von 5—10 Monaten der Beischlaf völlig gelang. Nur in einem Falle blieben die Erektionen auch nach der Operation unkräftig und von kurzer Dauer, obgleich die in Rede stehende Hyperästhesie sich verlor. — Verf. zieht aus der Beobachtung dieser Fälle folgende Schlüsse: Die Impotenz wurde nur einer Jungfrau gegenüber beobachtet, in Folge von mangelhafter Erektion und erhöhter Empfindlichkeit der Eichel gegen Berührung. In zweien dieser Fälle konnte den Patienten mit grosser Zuversicht die Heilung der Impotenz versprochen werden, sobald durch die Operation jene Hyperästhesie gehoben sein würde, in den beiden anderen Fällen konnte ein ähnlicher Erfolg angenommen werden, jedoch nicht mit derselben Wahrscheinlichkeit, da diese Personen ihre Potenz vor der Ehe noch nicht erprobt hatten, obschon kein anderer sichtbarer Fehler an ihnen nachzuweisen war. Durch die Operation der Phimose wurde es möglich, in allen diesen Fällen die Schmerzen und die übermässige Empfindlichkeit der Eichel zu beseitigen. Auf Grund dieser Eigenschaften der in Rede stehenden Operation empfiehlt Budukalow dieselbe als ein sicheres Mittel gegen die männliche Impotenz in jenen Fällen, in welchen letztere in direktem Zusammenhange mit der Phimose steht. Er will diese Operation aber auch bei Fällen von männlicher Impotenz angewandt wissen nicht nur mit der Absicht, letztere dadurch zu heilen, sondern auch zum Zwecke der Feststellung der Diagnose bei Kranken, bei welchen keine andere greifbare Ursache für die Impotenz als eine von der Vorhaut stets bedeckte Eichel sich findet. (Petersb. med. Wochenschrift, 1877, Nr. 17.)

Das von Simon entwickelte Prinzip der Radikalheilung der Bauchbrüche besteht nach Hadlich darin, dass man den zwischen den beiden geraden Bauchmuskeln sich hervordrängenden Bruch gegen das Innere des Bruches zurückstülpt, statt des früheren Vorfalles also eine Höhle mit ziemlich breiter schlitzförmiger Oeffnung setzt und diese Höhle durch geeignete Anfrischung und Vereinigung der sie begränzenden Ränder dauernd verschliesst. Zu diesem Zwecke wird der die Ränder des Schlitzes umgebende Theil der Bauchwand (welcher also den Musculis rectis entspräche) in der Breite von etwa 2 Cm. bis zu der tieferen Lage des subkutanen Bindegewebes wund gemacht. Die beiderseitigen langen und verhältnissmässig sehr breiten Anfrischungsstreifen stossen am oberen und unteren Ende des Bruches unter spitzem Winkel zusammen und werden zunächst an ihren inneren (hinteren) Rändern durch Nähte vereinigt, deren Enden nach der Höhle hin zu liegen kommen. Durch diese Naht ist die Höhle bereits verschlossen und es bilden die beiden Anfrischungsstreifen nunmehr eine klaffende, aus zwei unter stumpfem Winkel zusammenstossenden Seitenhälften bestehende Wundfläche, welche durch abwechselnd tief und oberflächlich geführte Nähte ebenfalls linear vereinigt wird. Die meist sehr beträchtliche Spannung der Wundränder wird durch zwei zu jeder Seite der Nahtlinie parallel und circa 5 Ctm. von ihr entfernte Seitenschnitte gehoben. Der im zurückgestülpten Sacke sich etablirenden Eiterung Abfluss zu verschaffen, genügt die Drainage des untersten Wundwinkels. Bauchbinden hindern die Dehnung der Narbe, welche übrigens in zwei von Simon operirten Fällen nach einem Jahre noch eben so straff wie unmittelbar nach der Operation war. (v. Langenbeck's Archiv, XX, S. 568.) —

Schon früher hatte Luchsinger auf Reizung des Nervus ischiadicus Schweisssekretion an der entsprechenden Hinterpfote auftreten gesehen. Neuere Versuche desselben zu einer Lehre von der Schweisssekretion (mitgetheilt in Pflüger's Archiv, XIV, S. 369), an jungen Katzen angestellt, welche besonders leicht zum Schwitzen zu bringen sind, bezwecken zunächst dem Einwande zu begegnen, dass die Schweissabsonderung Folge der Reizung der Muskeln der Schweissdrüsen sein könnte, durch deren Kontraktion der schon vorhandene Schweiss nur ausgepresst werde. Wird der Hüftnerve in kleinen Zeitabschnitten mit tetanisirenden Strömen eine halbe Stunde ge-

reizt, so tritt immer von Neuem Schweiss auf, ebenso am amputirten Beine. Atropin hemmt schon in geringen Gaben die Absonderung, ohne dass die Muskeln unerregbar geworden wären. Wird einer Katze ein Nervus ischiadicus durchschnitten und bringt man dieselbe in schweisserregende Bedingungen, so schwitzen sehr bald sämmtliche Pfoten mit alleiniger Ausnahme der gelähmten Seite; der Erfolg war eben so negativ, wenn auf die Durchschneidung des Hüftnerven noch die Unterbindung der Vena iliaca ausgeführt wurde. Kurare hindert diesen Nerveneinfluss nicht. Das Schwitzen ist demnach direkt von Nerven abhängig, welche zunächst im Nervus ischiadicus verlaufen, weiterhin aber jenen Bahnen im Bauchstrange des Sympathicus folgen, welche Heidenhain und Ostroumoff für die Gefässnerven derselben Pfote ausfindig gemacht haben. Das Centrum für die Schweissnerven der Hinterpfoten liegt im Rückenmarke zwischen dem 9. Rücken- und 5. Lenden-Wirbel; dieselben können erregt werden a) durch Erstickungsblut, b) durch überhitztes Blut (Injektion einer verdünnten Kochsalzlösung von 45° C. in die Vena jugularis) und c) durch Nikotin. Da auch psychische Erregungen — das Aufbinden des Thieres erregte schon häufig die Schweissabsonderung — zu Schweiss anregen, so wurde in den Versuchen die Psyche ausgeschaltet a) durch Trennung des Rückenmarkes oberhalb der Schweisscentren, b) durch Abtragung der Grosshirnhemisphären und c) durch Tödtung des Hirnes mittelst Unterbindung der vier Halsarterien. Die reflektorische Erregung des Schweisses durch Reizung des N. ischiadicus der anderen Seite, des N. peronaeus und des N. cruralis derselben Seite gab interessante Resultate. Um zu erfahren, ob die Schweisscentren automatisch oder reflektorisch in Thätigkeit gerathen, wurden, nachdem Tags zuvor die Rückenmarksdurchschneidung oberhalb der Schweisscentren ausgeführt war, im Bereiche derselben sämmtliche hintere Wurzeln durchschnitten; das so operirte Kätzchen, in einen Brütofen oder in Erstickung versetzt, schwitzte nach wie vor.

Nach Prof. Dr. Onimus kann man mittelst des konstanten Stromes, je nach der Richtung, die man ihm gibt, die Suppuration von Wunden oder Geschwüren vermehren oder vermindern. Der absteigende Strom, d. h. derjenige, dessen positiver Pol nahe dem Nervencentrum, dessen negativer an der Peripherie aufgesetzt ist, vermehrt die Suppuration; gleichzeitig nimmt jedoch die Fleischwärzchenbildung rasch und in grossem Maasse zu. Beim aufsteigenden Strome nimmt die Suppuration rasch und in staunenerregender Weise ab; es bildet sich eine leicht abhebbare Kruste, unter welcher die Vernarbung vor sich geht. Bei atonischen Geschwüren, wie durch Varices oder lokale Affektionen, ist es empfehlenswerth, schwache Ströme, welche man einige Stunden lang, etwa fünf bis sechs, wirken lässt anzuwenden. Zwei bis drei, wenig energische gewöhnliche Elemente genügen in einem solchen Falle. Man legt den positiven Pol unterhalb des negativen oberhalb der Geschwürsfläche auf. Die Prozedur wird mehrere Tage nach einander wiederholt. Wenn aber die Wunden oder Geschwüre von einer nervösen Störung hergeleitet werden können, so ist es nöthig, intensivere Ströme und von kürzerer Dauer in Anwendung zu ziehen. Onimus verfährt dabei in folgender Weise: Eine Silbersonde, in welche ein Strom von 10–20 Elementen geleitet ist, führt man direkt zwei bis drei Minuten lang auf der Wundfläche auf und ab. Der Pol, welcher nicht der Sonde angehört, wird an die Wirbelsäule, an die Ursprungsstelle der Nerven der Gliedmassen angelegt. Hierauf elektrisirt Verfasser mit einem Strome von 40—60 Elementen dieselben Nerven in ihrem Verlaufe, indem er die Pole nahe der Wunde an der intakten Haut anbringt. Je nach dem Effekte, den man erzielen will, wendet man den auf- oder den absteigenden Strom an. Im Allgemeinen ist es vorzuziehen, in den ersten Tagen den absteigenden Strom zu benützen, dann die Richtung desselben zu wechseln, besonders den positiven Pol an die Wunde zu setzen. Onimus hat auf diese Weise an Wunden, welche kein Kaustikum auch nur in etwas aufbessern konnte, die vorzüglichsten Resultate erzielt. (Gaz. des Hôp., 1877, 20. Febr.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

25. *Erlangen*, am 23. Juni 1877.

...chentlich ...Bogen von ...artseiten. ... jährlich ...8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Zur Histologie der käsigen Pneumonie. Ueber fungöse Gelenkentzündung mit Berücksichtigung der chronischen Osteomyelitis und ihrer Behandlung mittelst Ignipunktur. Macula lutea. Ueber Lungenabszesse. Ueber Querlagen, Embryoulcie und Dekapitation. Resultate aus Haut- und Achseltemperaturmessungen. Die Kalabarwirkung auf das Auge. Ursache der Gehirnerscheinungen im Typhus. Ueber Kehlkopfkrankheiten Typhöser. Resultate aus Untersuchungen des Harnblasenepitels. Wirkungen des Eserin. Zur Behandlung der Varicocele. Fälle von Vergiftung durch Pikrinsäure.

...n Archiv d. Heilkunde, 18. Bd. 2. Heft, ..., veröffentlicht E. Levy Beiträge zur ...tologie der käsigen Pneumonie. ...t einer Reihe von Jahren", sagt derselbe, ...die käsige Pneumonie, namentlich was ...Entstehung betrifft, der Gegenstand viel... Untersuchungen und Kontroversen ge...n, bis man zu dem ziemlich allgemein ...kannten Satze gekommen war, dass eine ...Form von Pneumonie unter gewissen ...ständen den Ausgang in käsige Umwand... nehme und dass bei keiner Form von ...monie die käsige Infiltration der einzige ...konstante Ausgang sei. Vor Allem wurde ...katarrhalischen Pneumonie dieser Ausgang ...Verkäsung zugeschrieben, indem man an...n, dass der langsame und schleppende ...lauf der Krankheit, welcher eine immer ...sende Anhäufung von Zellen in den Al...en mit sich bringe, besonders geeignet ...anstatt einer Verflüssigung und Resorp... des Alveoleninhaltes eine Eindickung und ...käsung desselben zu bewirken. Ein glei... Schicksal erfährt nach dieser Ansicht ...kroupöse Pneumonie, wenn auch bei wei... seltener, während wiederum eine beson... wichtige Rolle für die Bildung von käsi... Pneumonie der interstitiellen Lungenent...dung zuertheilt wird, sei es, dass dieselbe ...mär in dem interlobulären und interalveo...n Gewebe aufgetreten sei mit nachfolgen... katarrhalischen oder kroupösen Exsudate ...die Alveolen hinein, oder als Komplikation ...protrahirten kroupösen und katarrhalischen Pneumonieen, von Peribronchitis nodosa und purulenta. Man stellte sich vor, dass durch die Hyperplasie des Bindegewebes mit nachträglicher Schrumpfung nicht nur eine Verminderung der lufthaltigen Räume, eine „Verdichtung" der Lungensubstanz zu Stande kommen, sondern dass auch eine grosse Anzahl von Kapillaren hierbei komprimirt und verödet würden — ein Umstand, der wiederum durch verminderten Blutzufluss eine Eintrocknung und Verkäsung des Alveoleninhaltes herbeiführe. — Dieser Auffassung entgegen, welche unter käsiger Pneumonie nicht eine besondere Form von Lungenentzündung begreift, sondern nur eine Pneumonie, welche dazu angethan ist, leicht in käsige Degeneration zu verfallen, stellte Buhl in seiner Schrift „über Lungenentzündung, Tuberkulose und Schwindsucht" den Satz auf: Weder aus katarrhalischer noch kroupöser Pneumonie entwickelt sich käsige Pneumonie, sondern diese entwickelt sich einzig und allein nur aus nekrosirender Desquamativ-Pneumonie. Diese Desquamativ-Pneumonie kommt nach Buhl in verschiedenen Graden und Modifikationen vor, als konsekutive Desquamativ-Pneumonie, d. h. eine Theilerscheinung schwerer allgemeiner Prozesse, wie Typhus, Pyämie etc., und als genuine Desquamativ-Pneumonie, welche primär auftritt und in akuter Weise einen ganzen Lappen, in den meisten Fällen den oberen, oder eine ganze Lunge, ja selbst beide Lungen befällt. Beide Prozesse haben die Desquamation der Epitelien gemeinsam,

unterscheiden sich aber wesentlich dadurch, dass, während im ersteren Falle das Parenchym nur durch ein seröses Exsudat infiltrirt wird, bei der genuinen Form ein plastisches Exsudat das Parenchym erfüllt. Beide Prozesse können nach Resorption des Exsudates in mehr oder weniger komplete Heilung übergehen oder in den Zustand chronischer Fettdegeneration und Verkäsung. Letzterer Ausgang, sowie der in Cirrhose, überwiegt bei der genuinen Desquamativ-Pneumonie und führt nach längerer oder kürzerer Dauer unter den Erscheinungen der Phthisis zum Tode. Die Desquamativ-Pneumonie war den früheren Forschern wohl bekannt; man wusste, dass unter verschiedenen Einflüssen, denen einer schweren Krankheit, wie Typhus, akuten Exanthemen etc., oder unter dem Einflusse der Alveolenwand selbst die Epitelien der Alveolen reichlicher gebildet und abgestossen werden, um den Alveolus auszufüllen. Aber man hielt die Desquamation der Epitelien nur für eine sekundäre Affektion, sekundär zu einer katarrhalischen oder zu einer interstitiellen Pneumonie. Dieser Auffassung entgegen sucht Buhl die genuine Desquamativ-Pneumonie als eine eigene, primäre, in der Veränderung des Parenchymes begründete Erkrankung darzustellen und dieser allein die Schuld aufzuladen, das Vorstadium und der Begleiter der Lungenphthise und der Tuberkulose zu sein". — Diese geradezu diametral sich gegenüberstehende Meinungsverschiedenheit sowie die Ueberzeugung, dass nur durch die Untersuchung einer grossen Anzahl von käsigen Pneumonieen die Sicherung der einen oder anderen Theorie gelingen könne, gaben Levy Veranlassung zu den vorliegenden Untersuchungen, welche von ihm im pathologischen Institute zu Leipzig angestellt wurden und die ihn zu dem Resultate führten, dass es im höchsten Grade unwahrscheinlich ist, dass eine eigenthümliche, von vorneherein besonders geartete und desshalb von den übrigen pneumonischen Formen zu trennende Lungenentzündung (Desquamativ-Pneumonie) den käsigen Infiltrationen der Lunge zu Grunde liege. Es sei vielmehr anzunehmen, dass eine jede pneumonische Infiltration, sei sie kroupöser, katarrhalischer oder interstitieller Natur, unter gewissen Umständen diesen Ausgang in käsige Degeneration nehmen könne. Nur sei in Bezug auf die kroupöse Pneumonie noch hinzuzufügen, dass es weit seltener ihre akute lobäre Form ist, welche zu diesem Ausgange hinneigt, als ihre chronische lobuläre Form, deren Sekret in der Regel eingedickt und in eine käsige Masse verwandelt zu werden scheint. —

Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge enthält in Nr. 102 einen solchen von Dr. Kocher „Zur Prophylaxis der fungösen Gelenkentzündung mit besonderer Berücksichtigung der chronischen Osteomyelitis und ihrer Behandlung mittelst Ignipunktur. Darin zeigt Verfasser zunächst durch Mittheilung einzelner prägnanter Fälle, wie verschiedene Formen und verschiedene Stadien chronischer (und subakuter) Ostitis zu sekundären Gelenkaffektionen führen können. Es waren dies Fälle, in welchen gerade durch Resektion der erkrankten Gelenke der Nachweis geführt werden konnte. Als weitere Belege für die Abhängigkeit einer grossen Anzahl chronischer Gelenkentzündungen von primären Erkrankungen der Gelenkenden selbst und der anstossenden Knochen theilt Verf. ferner zahlreiche Beobachtungen mit, in denen in einer Zeit, wo das anstossende Gelenk noch völlig intakt war, eine primäre Ostitis beobachtet wurde und zwar genau an den Stellen und in denselben Formen, wie man sonst die Ostitis im Vereine mit chronischer Gelenkentzündung zu sehen bekommt. Unter den 63 Fällen primärer Ostitis war am häufigsten das Caput humeri Sitz derselben, dann folgten das untere Ende des Humerus, der Calcaneus, das Olekranon, das Caput femoris u. s. f. — Was die Differentialdiagnose der primären Ostitis gegenüber der primären Synovitis anbetrifft, so fällt zunächst die lange Dauer auf, während welcher ein fixer Schmerz und oft lähmungsartige Schwäche bestehen bei gleichzeitigem Fehlen objektiver Zeichen. Kommt es zur Gelenkentzündung, so erscheint dieselbe lange in gelinder Form, kontrastirend mit der Intensität des meist fixen Schmerzes und dem oft hohen Grade der Gebrauchsunfähigkeit. Auch bilden sich früh Abszesse, welche durch ihre Lokalisation auf die Stelle der ursprünglichen Erkrankung hinweisen. In der Aetiologie obiger Erkrankungen spielt das Trauma eine grosse Rolle, entweder als direkte Quetschung des Knochens oder als Zerrung vermittelst der am Knochen sich ansetzenden bindegewebigen Theile. — Was die operative Therapie der primären Ostitis der Gelenkenden anbetrifft, so ist es gewiss, dass die totale Entfernung des kranken Her-

s durch Evidement, Resektion oder Totalxstirpation in allen Fällen von bereits aufbrochener eiteriger oder fungöser Entzündung (Ostitis ulcerosa) durchaus indizirt ist. s gehören dahin auch die noch nicht nach ussen aufgebrochenen Abszesse, welche reien Eiter enthalten, sowie auch solche, die esentlich von schwammigen Granulationen ngefüllt sind. Die übrigen Formen der hronischen Ostitis der Gelenkenden machen, ach der Ansicht Kocher's, dem sich wohl ine grosse Anzahl von Chirurgen anschliessen wird, ebenso eine aktive Therapie nöthig, ie die akute Ostitis, weil man erkannt hat, ie gerade diese Affektion durch die Hartäckigkeit des Fortschreitens sich auszeichnet. on etwaigen Hautreizen (Pflastern, Jodbepinselungen, Glüheisen) wird man höchstens ei oberflächlichen Entzündungen etwas erarten können, bei tiefer sitzenden Prozessen uss man die Mittel direkt in das Knochenark bringen. Nach einigen Versuchen, die eilung der Ostitis chronica durch Einschlaen von Elfenbeinzapfen zu erzielen — Verache, welche von Besserung wenigstens gefolgt waren — erzielte Kocher weitaus befriedigendere Resultate durch ein Verfahren, elches mit der Ignipunktur von Richet nd Juillard Aehnlichkeit hat; er benutzt ierzu ein rothglühendes Eisen mit kolbenormigem Ende, von welchem eine 4—5 Ctm. ange Spitze seitlich abgeht. „Dasselbe wird ei oberflächlich gelegenen Knochen, wie an er Fusswurzel, einfach durch die Haut hindurch tief in den Knochen eingesenkt, was sich mit überraschender Leichtigkeit ausführen lässt in jenen Fällen, in welchen es sich um chronische Ostitis in der für diese Behandlung geeigneten Form handelt. Bei tiefer gelegenen Knochen ist es vorzuziehen, einen kleinen Schnitt bis auf den Knochen vorangehen zu lassen". Der Schmerz bei dieser Operation ist unbedeutend: Erwachsene braucht man nicht zu chloroformiren. Um die Methode möglichst als eine subkutane in Anwendung zu bringen, wurde unter antiseptischen Kautelen operirt und ein antiseptischer Verband angelegt. Dadurch kann man Eiterung und das Zurückbleiben einer Fistel vermeiden. Ausserdem wurde, um die Extremität ruhig zu fixiren, ein Gypsverband benützt. — Kocher wandte dieses Verfahren an allen möglichen Körperstellen und in einer grossen Zahl von Fällen an. Ueber 19 dieser Beobachtungen ist er im Stande, das definitive günstige Endresultat der Behandlung mitzutheilen. Entgegen den Angaben von Richet und Juillard wird die Ignipunktur gerade für die Anfangsstadien der Ostitis empfohlen. Diese frühe aktive Behandlung der Ostitis der Gelenkenden verhütet gleichzeitig die sekundäre Arthritis oder heilt dieselbe in ihrem Anfangsstadium. Aber auch in Fällen von fungöser Arthritis, welche durch andere Methoden nicht zur Heilung gelangt sind, kann man noch mittelst der Ignipunktur schöne Erfolge erzielen. — In einem Anhange bemerkt Verfasser, dass bei Anwendung intraartikulärer Injektionen und der Ignipunktur die primäre fungöse Synovitis in Fällen einer circumscripten Primäraffektion und bei chronischem Verlaufe bald gebessert wird, dass dagegen in den intensiven Formen die Eiterung u. s. w. viel rascher zu Stande kommt.

Ueber die Macula lutea, anatomisch und ophthalmoskopisch, veröffentlicht Prof. Dr. Hermann Schmidt-Rimpler zu Marburg im Arch. f. Ophthalm., XXI, 3, p. 17, folgende Mittheilung: Untersucht man ganz frische Augen, welche entweder dem Lebenden enucleirt oder ganz kurz nach dem Tode der Leiche entnommen sind, so sieht man die Macula lutea als dunkelbraunrothen, meist kreisrunden, seltener querovalen Fleck von 0.8—2 Mm. im Durchmesser. Lässt man nun die hintere Hälfte der Augenkapsel mit wenig Glaskörper bedeckt liegen, so wird die Netzhaut allmählig etwas grauer, die Macula wird etwas kleiner, schärfer, röthlicher, wie bei einer Embolie der Centralarterie im Augenspiegelbilde. Schliesslich nimmt die gefärbte Partie nur noch das Centrum punktförmig ein, während von der Peripherie her sich eine gelbliche Zone ausbreitet. Um diese Zeit bildet sich auch die sogenannte Plica centralis. Bei eröffnetem Auge tritt die gelbe Färbung der Macula nicht so frühe hervor als bei einem geschlossenen Bulbus. Blaue oder braune Augen zeigen keinen Unterschied in der Färbung der Macula. Die dunkelbraunrothe Färbung derselben im frischen Zustande hängt nicht von dem Durchschimmern der Aderhaut ab, denn die Gegend der Macula ist nicht dünner als die übrige Netzhaut; nach Schultze ist sie sogar dicker, auch wandert die gefärbte Stelle mit der Netzhaut, wenn man letztere auf der Aderhaut vorsichtig verschiebt. — Darnach müsste also die gelbe Färbung der Macula als Leichenphänomen aufgefasst werden. Dies war auch ur-

sprünglich die Meinung des Verfassers, doch hat sich bei ihm allmählig die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass die Macula lutea dennoch ihren Namen mit Recht trägt. Kehrt man nämlich das halbirte, ganz frische Auge in der Weise um, dass die hintere Hälfte dem Sehnerven wie der Hut eines Pilzes seinem Stiele aufsitzt, und schneidet man dann die Gegend der Macula aus der Netzhaut heraus, so präsentirt sich bei auffallendem Lichte die Macula dunkelgoldgelb mit einem dunkelbraunen querovalen Flecke im Centrum. Dieser Fleck entspricht der Fovea centralis und hat einen weisslichen gewulsteten Rand. Bei durchfallendem Lichte ist die Färbung hellgelb und weniger ausgebreitet. Der Boden der Fovea erschien, mit einer einzigen Ausnahme, dunkelbraunroth. — Die dunklere Färbung der Macula, wie sie im Spiegelbilde erscheint, ist demnach von einem gelblichen lichtabsorbirenden Farbstoffe der Netzhaut an dieser Stelle abhängig. Der helle weisse Lichtpunkt in der Mitte des ophthalmoskopischen Bildes der Macula rührt wahrscheinlich von dem Reflexe des Randes der Fovea her. Der glänzende Lichthof, von welchem man oft im umgekehrten Bilde die Macula umsäumt sieht, ist eine Kontrasterscheinung, weil das Pigment der Macula einen Theil des Lichtes absorbirt und stumpfer, glanzloser erscheint. Die querovale Gestalt der Macula im Spiegelbilde ist wahrscheinlich Folge der stärkeren Krümmung des senkrechten Hornhautmeridianes. Im aufrechten Bilde ist wegen der schwächeren Beleuchtung der Lichthof nicht zu sehen. —

Prof. Dr. E. Leyden zu Berlin hielt in der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 14. Dez. 1876 einen Vortrag über Lungenabszesse. Vor Laennec verwechselte man Lungengangrän und noch häufiger Kavernen bei subakuter Lungentuberkulose mit Lungenabszessen, die man irrthümlich als einen häufigen Ausgang der genuinen Pneumonie ansah. Eine wesentliche Förderung der Diagnose des Lungenabszesses erzielte Traube, indem er das Vorkommen von makroskopischen Parenchymfetzen, von elastischem Gewebe, schwarzem Pigmente und rostfarbenen Krystallen in den Sputis nachwies. Bei der Gangrän leicht zerreiblich, enthalten sie kein elastisches Gewebe, bei der tuberkulösen Schmelzung werden makroskopische Fetzen mit den Sputis überhaupt nicht ausgeworfen. Nach Leyden sind Lungenabszess und Gangrän allerdi nicht immer scharf von einander abzugrän man muss aber daran festhalten, dass für einfachen Lungenabszess die einfache Ei ung, ulzeröse Schmelzung charakteristisch Die Lungenabszesse kommen zu Stande du Perforation von ausserhalb der Lungen g legenen Abszessen (peripleuritische, Leb Peritoneal-, Senkungs-Abszesse, Empye oder als eigentliche Lungenabszesse aus E bolieen, Metastasen, durch Eindringen fre der Körper. Die zweite Form der Lunge abszesse entsteht unter den Erscheinung einer akuten Pneumonie, bei welcher Krisis ausbleibt, schwere Erscheinungen fo dauern, bis etwa nach drei Wochen reic licher eiteriger Auswurf, bis zu 1 Liter in Stunden, auftritt und der Kranke sich erleic tert fühlt. Der Auswurf ist eiterig, riecht vorübergehend stechend, enthält immer mikr skopische, häufig auch makroskopische Pare chymfetzen, eingebettet in dickem Eiter. dem Mikroskope lassen sich im Auswu nachweisen: elastisches Gewebe, zuweil grössere Gewebsstämme, schwarzes Pigme Fettkrystalle in Form von kleinen gestielt Krystalldrusen, Hämatoidinkrystalle von ock gelber oder rostbrauner Farbe, Mikrokokk aller Art, Eiter und Lungen-Epitelien. En lich gibt es noch eine dritte Form, den chr nischen Lungenabszess, entstanden durch chr nische Ulzeration in chronisch entzündet und indurirtem Lungengewebe, die von tube kulösen Kavernen wohl zu unterscheiden i Der Auswurf enthält in diesem letzteren Fal Eiter, Schleim, mikroskopische Beimischung von elastischen Fasern, derbe, narbige, sta schieferige Parenchymfetzen, zuweilen Chol stearintafeln und immer stark fettig degen rirte Fett- und Schleimkörperchen. (Berlin klin. Wochenschr., 1877, Nr. 16.) —

Prof. Dr. L. Kleinwächter zu Prag be tont bei vernachlässigten Querlagen di Wichtigkeit der Beachtung des Allgemein befindens der Kreissenden und die der äus seren Untersuchung. Letztere soll stets so fort ausgeführt werden, wenn der Arzt hinzu kommt, damit etwa bereits vorhandene Ge bärmutterzerreissung stets vor der innere Untersuchung konstatirt werden kann. Di Prädilektion einer Uterusseite zur Ruptu leugnet er (im Gegensatze zu Löhlein, de die linke Seite der Gebärmutter dadurch für prädisponirt hält) und sieht die Ursache der

r vorkommenden linksseitigen Rupturen
in der Bevorzugung der rechten Hand
des Operateurs. — Nachdem Verf.
ittel und Wege, welche nach Wasser-
bei Querlagen zur Erzielung einer
lage führen, kurz durchsprochen hat,
t er zu jenen Fällen, in welchen die
ung nicht mehr möglich oder das Kind
abgestorben ist. In beiden Fällen
(gegen Osiander und Stein junior,
en in Uebereinstimmung mit Michaelis)
erstückelung der Frucht ausgeführt wer-
Je nach der Präsentation der Frucht
nur die Embryoulcie (Embryotomie im
en Sinne) oder die Decapitation ausge-
werden, beide aber ohne Chloroform-
se. Die Embryoulcie führt Kleinwäch-
mit der Dubois'schen Knochenscheere
und zwar beginnt er mit Eröffnung der
höhle. Vorstehende Splitter werden mit
ert's Knochenzange abgetragen. Von
rusthöhle aus wird das Zwerchfell durch-
n und dann der Bauchinhalt entleert.
Vollendung der Embryoulcie überlässt
weder bei kräftigen Kreissenden die
ntwicklung den Naturkräften oder holt
teiss herab, indem ein Finger in die
e Hüftbeuge eingesetzt wird. Wendung
ie Füsse ist unnöthig und immer noch
rig. Bei der Unmöglichkeit, zum Steisse
angen, ist die Selbstentwicklung künst-
n begünstigen und zwar durch Anziehen
vorgefallenen Arme oder durch Herab-
der Wirbelsäule, im Nothfalle sogar
em stumpfen Hacken. Neu ist die An-
des Verfassers, dass die Geschlechts-
e von Frauen, welche lange kreissen,
Sekret von giftiger Beschaffenheit" liefern,
es zu Furunkelbildung an der Hand
perateurs führt, und zwar stets. — Leich-
t die Ausführung der Decapitation. Verf.
idet auch den Hals mit der Dubois'-
Knochenscheere durch, da alle anderen
oden das untere Uterinsegment viel stär-
ritiren (Schlüsselhacken von C. Braun,
itator und Auchenister von Concato
canzoni, scharfe Hacken von Michae-
Hanfschnur von Heyderdahl und Kie-
, Kidd und Pajot, Ecraseur von Faye
Stiebel jun. benutzt). Nach der Durch-
ung des Halses wird der vorgefallene
angezogen und der kopflose Rumpf so-
ntrahirt, nachher sofort der Kopf, ent-
manuell oder, bei engem Becken, mit
ange. — Den Schluss der eingehenden
dlung bildet der Bericht eines Falles,
der leider noch vor 7 Jahren möglich war. Ein Arzt will die Eventration der Frucht vornehmen, stösst aber den scharfen Hacken, nachdem er damit den vorgefallenen Arm abgelöst hat, in das hintere Scheidengewölbe der Frau und schneidet dann munter deren Därme heraus, löst ihre Leber und Milz, bis ein Blutstrom ihren Qualen ein Ende machte! (Wiener Klinik, II, 7, p. 187.) —

Hans Wegscheider hat auf Veranlassung Senator's Messungen angestellt A. über das Verhalten der Hauttemperatur an symmetrischen Stellen (in dem ersten Zehenzwischenraume rechts und links) und der Achseltemperatur, welche Folgendes ergeben haben: 1) Die Innentemperatur, wie sie in der Achselhöhle gemessen wird, geht nicht nothwendig parallel mit der an irgend einer anderen Körperstelle gemessenen Hauttemperatur. 2) Selbst zwei völlig symmetrische Hautstellen, wie die gleichen Zehenzwischenräume rechts und links, zeigen durchaus keinen gleichmässigen Gang ihrer Temperatur; nicht nur, wenn die Temperatur in gleichem Sinne sich ändert, findet diese Aenderung an beiden Stellen ungleich stark Statt, sondern es kommt zuweilen, wenn auch selten, vor, dass die Temperatur an der einen Stelle steigt, während sie an der anderen unverändert bleibt oder selbst fällt. 3) Während des Fiebers finden sich in den Temperaturen einer und derselben Hautstelle viel grössere Schwankungen als im fieberlosen Zustande bei demselben Individuum; namentlich werden im fieberhaften Zustande auffallend niedrige Temperaturen beobachtet, wie sie im fieberlosen Zustande nur ausnahmeweise (z. B. an Personen, die an kalten Füssen leiden) gefunden werden. 4) Es ergibt sich aus dem Vorstehenden, dass im Fieber die Differenzen zwischen einer Hautstelle und der Achseltemperatur häufig grösser sind als unter sonst gleichen Umständen im fieberlosen Zustande. Dies spricht dafür, dass die Hautgefässe sich während des Fiebers in einem abnormen Erregungszustande befinden und diese sowie die Beobachtungen Jacobson's zeigen zugleich, dass man zwischen Innen- und Haut-Temperatur im Fieber ein konstantes Verhältniss nicht erwarten dürfe. — B. Ueber das Verhalten beider Achseltemperaturen bei einseitigen Affektionen der Brustorgane stellte Verf. Messungen an, um die Angaben

französischer Autoren, dass bei Pneumonie oder Pleuritis die Achseltemperatur auf der erkrankten Seite stets höher sei (und zwar bis um 2.8° C.), zu prüfen. In zwei Fällen von Lungenentzündung und acht Fällen von Brustfellentzündung, bei welchen zu verschiedenen Zeiten der Krankheit verglichen wurde, war ein einziges Mal in einem Falle von Pleuritis, so lange Fieber bestand, eine Differenz von 0.5° zu Gunsten der kranken Seite aufzufinden gewesen und einmal in einem Falle von doppelseitiger Pleuritis war auf der Seite des stärkeren Ergusses die Temperatur um 0.3° niedriger. Sonst waren die Temperatur-Unterschiede zwischen beiden Achselhöhlen überhaupt so gering, dass sie die auch bei nicht fiebernden Personen vorkommenden Differenzen kaum übertrafen. (Virchow's Archiv, Bd. 69, S. 172.) —

Adolf Weber zu Darmstadt hat schon 1867 festgestellt, dass die vordere Augenkammer und der Glaskörperraum unter verschiedenem hydrostatischem Drucke stehen. Die Scheidewand zwischen beiden wird gebildet von der Linse sammt ihrem Aufhängebande wie auch von der Iris. In der Norm ist die Spannung der Hornhaut geringer als die der Sklera. Atropin-Einträufelung setzt im gesunden Auge, wenn überhaupt, so nur im Glaskörper den Druck herab, während es den Druck in der Vorderkammer stets etwas über seine frühere Höhe erhebt. Kalabar-Einträufelung erhöht den Druck nur im Glaskörperraume, erniedrigt denselben aber in der Vorderkammer um ein Ansehnliches. Durch Kalabar wird die Pupille verengt; indem die in der Norm leicht zeltförmig nach vorne erhobene Iris hierbei in die Basis ihrer Kuppel zurückzutreten strebt, unterstützt sie die Tragkraft der Zonula und vermindert den Ueberdruck, welcher sonst vom Glaskörper her auf den Inhalt der Vorderkammer fortgepflanzt wird. Dadurch wird der Druck im hinteren Augenraume vermehrt; zumal die Ciliarfortsätze nach Anwendung von Kalabar anschwellen, wie man an iridektomirten Augen deutlich wahrnimmt. Hieraus folgen die therapeutischen Anwendungen des Kalabar: 1) Bei Keratocele (blasiger Hervorwölbung der hinteren Hornhautschichten nach ulzeröser Zerstörung der vorderen). 2) Bei Cornea conica. 3) Bei alten Hornhautflecken, bei welchen wochenlange Anwendung nothwendig ist. 4) Bei tiefgreifenden Hornhautulzerationen, bei welchen Kalabar seine grö ten Triumphe feiert, während bei oberfl lichen vaskularisirten Hornhautgeschw Atropin vorzuziehen ist. 5) Bei Glauk wie auch Prof. Laqueur beobachtet hat: Form desselben beruht auf einer Verdrä ung des Ciliaransatzes der Iris gegen Hornhautperipherie, so dass das Ligamen pectinatum verödet und der Filtrationsvorg der Augenflüssigkeiten nach aussen gehe ist. 6) Bei peripherem Irisvorfalle Staar- und Glaukom-Operation. — Weit w samer als Kalabarextrakt ist eine einpro tige Lösung des schwefelsauren Eserin, ches aus ersterem gewonnen wird. (Arc Ophthalm., XXII, 4, p. 214—232.) —

Zur Prüfung der Beobachtungen Popo welcher in den Gehirnen an Typhus vers bener Individuen in der zweiten Woche di Krankheit Anhäufungen farbloser Blutkör chen namentlich um die Ganglienzellen g pirt fand und diesem Befunde die Deut gab, dass hier eine aktive Proliferation Nervenzellen vorliege, untersuchte Her Karl v. Bayern in München eine gr Anzahl von Gehirnen sowohl Typhuskra aus verschiedenen Stadien, als auch von vi anderen Leichen, unter welchen zwei nor hervorzuheben sind, das eine einem Enth teten, das andere einem durch Stich Getödt entstammend. Es wurde sowohl die Kar tinktion, nach Popoff's Angabe, als die schärfere Färbung mit Anilin bei stellung der Präparate angewandt. Verf fand zunächst die Anhäufung der f losen Blutkörperchen in den S kanälen der Hirnsubstanz, in den perivaskulären Lymphräumen, in den adv tiellen Kanälen Robin's und in den Räu um die einzelnen Ganglienzellen herum, der zweiten Typhuswoche vollkommen stätigt. Indessen fehlten die Rundzellen mals in den anderen Stadien des Typhus, den Gehirnen der übrigen Leichen, ja n einmal in den verhältnissmässig normalen gewaltsam Getödteten. Eine Kernvermehr der Ganglienzellen wurde nie beobachtet; stellte sich vielmehr eine direkte Abhäng keit der farblosen Zellen heraus von e Verlangsamung des Blutkreislaufes im All meinen und einem erschwerten Abflusse Venenblutes zum rechten Herzen im Bes deren. Verf. schreibt daher der verlangs ten Blutströmung und der hiermit *Hand*

gehenden Erhöhung des Wassergehaltes
lehirne die „Anstauung“ der farblosen
n zu, deren Gruppirung um die Ganglien
eine Kommunikation der perigangliö-
Räume mit den Saftkanälen erklärt
Die Gehirnerscheinungen beim Typhus
n nicht mit der Anwesenheit, ja nicht
l mit der Vermehrung der weissen Kör-
en zusammen, sondern können nur auf
ganz akut erfolgende Verlangsamung der
ewegung und Steigerung der Wasser-
e im Centralnervenapparate bezogen wer-
Als Nebenbefunde erwähnt der Herzog
noch des Vorkommens von Riesengan-
mit stäbchenförmigen Kernen in einem
e von kroupöser Pneumonie; eigenthüm-
stark lichtbrechender Körner, welche
naweise angeordnet waren, in einem Falle
chronischem Emphyseme und in einem
ren von chronischer Myokarditis, end-
zahlreiche geschichtete Kugeln, Fettdege-
tion der Ganglienzellen und der Neuro-
und Fettembolie bei akuter gelber Leber-
hie. (Virchow's Archiv, 69. Bd.,
6.) —

einem Vortrage, den Dr. Liebermann
22. Dezember 1876 in der Société médi-
des Hôpitaux hielt, besprach derselbe
Einfluss der Kaltwasserbehand-
g, die er beim Typhus nur in gewissen
n und immer mit Mass und Vorsicht an-
ndt wissen will, auf die bei dieser
nkheit im Kehlkopfe vorkommen-
Komplikationen. Von fünf Kranken,
er seit 1871 am Typhus verlor, starben
durch Kehlkopfkrankheiten (Ulcus mit
oration des Schildknorpels, Glottisödem
Larynx-Diphtherie), während gewöhnlich
drei Prozent der Typhusleichen an Affek-
n des Kehlkopfes zu Grunde gehen. Die
nx-Komplikationen im Typhus und der
luss der Bäder auf dieselben sind fol-
le: 1) Lähmung der Stimmbänder, meist
pelseitig, zuweilen auch nur einseitig. Verf.
früher diese Erkrankung 4—5 Mal unter
Typhusfällen, seit Einführung der Kalt-
serbehandlung aber nicht mehr. Die kal-
Bäder verhindern durch ihre tonische Ak-
auf das Muskelsystem ihre Entstehung.
Laryngitis catarrhalis. Die Bäder üben
nen Einfluss darauf aus. 3) Schleimhaut-
rationen. In 5—6 pCt. der Typhen, nach
liesinger in 20 pCt. der Typhusleichen.
Bäder scheinen einen verderblichen Ein-
fluss auf dieselben zu haben. Ein 20jähriger Patient, bei welchem vor Anwendung der Bäder eine Ulzeration vorne am linken Stimmbande laryngoskopisch konstatirt wurde, starb zehn Tage nach Anwendung der Kaltwasserbehandlung an Asphyxie, nachdem er durch Perforation der Cartilago thyreoidea subkutanes Emphysem zuerst am Halse und von hier aus sich verbreitend bekommen hatte. Die Heiserkeit des Kranken wurde nach jedem Bade schlimmer und Patient langte instinktiv dabei nach dem Halse, als wolle er einen Schmerz in der Schildknorpelgegend andeuten. Unter den 600 Todesfällen, welche Brand in seiner 8140 Kranke umfassenden Statistik der Kaltwasserbehandlung anführt, sind 11 Todesfälle an Kehlkopf-Ulzerationen, während sonst nur ein Prozent dieser Komplikation erliegt. Die grösste Zahl der von Brand hierbei angeführten Fälle gehört der deutschen Armee in Frankreich an. Kehlkopf-Ulzerationen bilden desshalb nach Liebermann eine Gegen-Anzeige gegen die Anwendung der kalten Bäder. 4) Glottisödem und Diphtherie, beides seltene Affektionen im Typhus, sind in den beiden im Militär-Krankenhause Gros-Caillou beobachteten und vom Verfasser im Detail mitgetheilten Fällen wahrscheinlich durch die Bäder entstanden. Verf. nimmt an, dass der Kehlkopf der beiden Typhuspatienten besonders empfindlich gegen Kälte war. Sie wurden nach jedem Bade heiser und bei einem derselben, bei welchem die Sektion Glottisödem ergab und welcher bei vorhandener Pneumonie nach einem Bade plötzlich asphyktisch wurde und durch Asphyxie starb, hat Redner die nach jedem Bade auftretende und 2—3 Stunden anhaltende sehr starke Injektion der Schleimhaut laryngoskopisch verfolgt. Wo sich eine derartige Empfindlichkeit des Kehlkopfes finde, müsse man auf die Bäder verzichten. (Union médicale, 1877, Nr. 22.) —

Nach J. Paneth stellt sich das Epitel der Harnblase unter zwei ganz verschiedenen Formen dar, je nachdem man kontrahirte oder prall gefüllte Harnblasen untersucht. Im ersteren Falle findet sich als oberste Schichte eine Lage von Zellen, die mehr breit als hoch sind, aber nicht so platt wie sonst die oberflächlichen Lagen von Pflasterepitelien zu sein pflegen. Als zweite Schichte folgen hohe Zellen, die nach dem Verhältnisse ihrer Dimensionen unter den Begriff von Cylinder-

zellen fallen müssten; sie sind nach unten zugespitzt, manchmal zahnförmig, trompetenförmig, nagelförmig und der ovale Kern liegt im oberen Dritttheile oder doch in der oberen Hälfte. Nach abwärts von diesen liegen mehr oder weniger zahlreiche Zellen mit kleinem Zellenleibe und verhältnissmässig grossem ovalen Kerne; die Gränzen, welche eine Zelle von der anderen trennen, sind meistens nicht deutlich sichtbar. Füllte Paneth Harnblasen von frisch getödteten Thieren mit absolutem Alkohol und senkte sie dann in dieselbe Flüssigkeit ein, so zeigte das Epitel ganz andere Verhältnisse; es bestand dann ausschliesslich aus platten Pflasterzellen. Zellen, welche höher wären als breit, fehlten jetzt gänzlich: im Gegentheile erschienen die untersten Zellen flacher als die mittleren. An mässig gefüllten Blasen beobachtete er Uebergangsformen zwischen den beiden eben geschilderten Zuständen des Epitels. (Wien. akad. Sitzungsber., 1876, LXXIV.) —

L. v. Wecker ging bei der Anwendung des Eserin von der Annahme aus, dass es eine antiseptische Wirkung habe und eine Reizung der glatten Muskelfasern der Gefässe bewirke und somit auf die Diapedesis einen direkten Einfluss nehmen könne. Er gebrauchte das Mittel in einprozentiger Lösung in stündlicher oder halbstündlicher Einträufelung: 1) bei weit ausgebreiteten exulzerirten Abszessen der Hornhaut nach Entleerung des Kammerraumes; 2) bei dem Ulcus serpens. Nach der Spaltung der Hornhaut träufelt er in solchen Fällen einige Tropfen der einprozentigen Lösung ein, welche die Entleerung der Kammer fördern und die Neubildung von Eiter wie den Vorfall der Iris verhindern. 3) Die nach Staarextraktion auftretende Wundeiterung ist die dritte Indikation für das Eserin. Sobald sich mit gesteigerter Konjunktivalsekretion und leichter Verfärbung des Kammerwassers die Wundränder trüben, öffnet Wecker mittelst eines Stilets die Wunde, um das Kammerwasser abfliessen zu lassen, und träufelt halbstündlich Eserin ein. Behufs Reinhaltung wird das Auge häufig mit einer 0.1prozentigen heissen Karbolsäurelösung ausgewaschen. (Wien. med. Wochenschr., 1877, Nr. 15.) —

Ravoth hat schon wiederholt in eindri licher Weise hervorgehoben, dass die Va cocele durch Anwendung eines konstan Druckes auf den äusseren Leistenring, name lich mittelst des von ihm angegebenen Leist bruchbandes, in günstiger Weise beeinflu wird; die subjektiven Beschwerden: Neur gieen, Gefühl von Schwere, namentlich Anstrengungen, schwinden beim Tragen Bruchbandes sehr bald, aber auch die weiterung der Venen geht zurück, wenn noch nicht sehr lange besteht und noch nen sehr hohen Grad erreicht hat, und atrophisch gewordene Hode nimmt wie an Volumen zu, auch nehmen die Pollution an Häufigkeit ab, namentlich wenn gleic zeitig eine entsprechende innere und äuss Behandlung (mit Eisen, Chinin, Lupul u. s. w., dann Friktionen der Kreuzgege mit Spiritus formicarum, Tinctura, Canth rid. etc.) stattfindet. Zur Beleuchtung the Ravoth acht neue Fälle aus seiner Pra mit. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medi 1877, Nr. 1.)

In den „Annales d'hygiène publique et médecine légale“ vom September 1876 merkt A. Delpech zur Vergiftung dur Pikrinsäure was folgt: Zwei mit der F brikation künstlicher Blumen, speziell dazu gehörigen grünen Stengel, beschäfti Frauen erkrankten, nachdem sie einige Ta lang einen stark bitteren Geschmack gesp und zugleich die vier ersten Finger der re ten Hand sich gelb gefärbt hatten, an ei schweren ulzerirenden Stomatitis, w che nach Veränderung der Beschäftigung au hörte. Als Ursache der Krankheit ergab sic dass der grüne Farbstoff aus einer Mischu von Pikrinsäure und Berlinerblau besta und dass beim Drehen des Papiers um de Stengel, wobei die Finger häufig an de Mund geführt und mit Speichel befeuchte werden, die Pikrinsäure an die Lippen- un Mundschleimhaut gebracht worden war un so die lokale Erkrankung verursacht hatte. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

26. *Erlangen*, am 30. Juni 1877.

entlich
gen von
rtseiten.
jährlich
Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Die Beziehungen zwischen Allgemeinerkrankungen und Augenaffektionen. Ueber Athetose. Zur Beseitigung der Hämorrhoiden. Seelenangst und Kummer als Ursachen für das Entstehen von granulirter Niere. Sehstörungen in Folge von Uterus- und Ovarienleiden. Retinitis proliferans. Gleiche Beschaffenheit der rothen Blutkörperchen verschiedener Raçen.

rof. Foerster zu Breslau hat zum ersten
den Versuch gemacht, auf Grund der
ten Untersuchungen der Neuzeit die Be-
hungen zwischen den Allgemein-
rankungen und den Augenaffek-
nen in ihrer ganzen Ausdehnung darzu-
, zumal dieselben in den Handbüchern
speziellen Pathologie bisher zu wenig
cksichtigung fanden. Seine diessbezüg-
Monographie (im Handbuche der Augen-
unde von Graefe-Saemisch, VII, 1,
9—234, 1876) enthält eine Ophthalmo-
otik der inneren Krankheiten und eine
meine Aetiologie der Augenkrankheiten,
it diese von inneren Krankheiten ab-
ig sind. I. Die krankhaften Veränder-
n am Auge, welche bei Erkrankung
Respirations- und Cirkulations-
ane auftreten, sind entweder von der
pirationsschleimhaut auf die Konjunktiva
geleitete Prozesse (Konjunktivitis bei
nupfen, Blennorrhoe des Thränensackes
häufig wiederkehrender Coryza), oder
Folge venöser Stauung (Extravasate der
dehaut bei Keuchhusten, nach Erbrechen,
h einem nächtlichen epileptischen Anfalle).
cidivirende Netzhaut-Blutungen kommen
bei Emphysem, bei Hypertrophie des
ken Ventrikels, bei Atherose der Arterien,
h bei Fettherz und bei progressiver perni-
ser Anämie. Bei allgemeiner Erweiterung
Gefässsystemes sah Knapp eine allge-
eine Erweiterung aller Netzhautgefässe.
eurysma der Aorta, des Truncus anonymus oder der Karotis bedingt Pupillenverengerung der entsprechenden Seite. Bei Insufficienz der Aortenklappen sah Becker einen schnellenden Puls der Netzhautarterien. Bei Endokarditis, Klappenfehlern u. s. w. entstehen, jedoch nicht häufig, Embolieen der Centralarterie der Netzhaut mit vollständiger Erblindung und charakteristischem Augenspiegelbefunde. Miliartuberkel der Aderhaut entstehen bei weit verbreiteter akuter Miliartuberkulose; ein negativer Spiegelbefund schliesst indess die Existenz der Miliartuberkulose nicht aus. — II. Die Beziehungen der Krankheiten der Digestionsorgane zum Sehorgan basiren auf reflektorischen Vorgängen, auf Alteration der Blutmischung, auf Plethora abdominalis. Nach starkem Blutbrechen wird Erblindung beobachtet mit weisser Atrophie der Sehnerven. Bei Plethora abdominalis ist öfter die Accommodationsbreite verringert; Kuren in Kissingen, Karlsbad oder Marienbad schaffen Erleichterung. Mydriasis soll eine Folge von Würmern im Darme sein können. Ikterus wird zunächst an der Bindehaut erkannt. Zuweilen werden bei Ikterus Retinalblutungen beobachtet. Bei der lienalen Leukämie ist der Augenhintergrund orangefarben, die Netzhautvenen sind verbreitert, rosaroth; ausserdem finden sich Blutextravasate in der Netzhaut und gelbweisse Flecken (Lymphome); doch ist die Retinitis leucaemica nicht ein konstantes Symptom der Leukämie. — III. Was die Beziehungen der Harnorgane zum Sehorgan be-

trifft, so ist vor Allem der Morbus Brightii zu erwähnen. Die Hautwassersucht zeigt sich zunächst an den unteren Augenlidern. Bei andauernder Albuminurie ist die accommodative Energie herabgesetzt. Der Spiegelbefund an der Netzhaut deckt häufig Nierenleiden auf, welche vorher übersehen worden waren, namentlich bei Schrumpfniere. Retinitis albuminurica kommt auch vor bei Nephritis scarlatinosa, puerperalis und bei amyloider Degeneration der Nieren. Wagner fand unter 157 Fällen den Morbus Brightii 10 Mal mit Retinitis albuminurica verbunden. Diese Retinitis ist im Allgemeinen von schlechter prognostischer Bedeutung für das Leben der Patienten, mit Ausnahme der puerperalen und skarlatinösen Form. Ganz etwas Anderes ist die urämische Amaurose, welche stets plötzlich unter schweren Hirnsymptomen auftritt. Der Spiegelbefund erklärt die Blindheit nicht, welche meist in 12—24 Stunden zurückgeht. In manchen Fällen wurde Pupillarreaktion auf Licht trotz völliger Blindheit konstatirt. Die Iritis gonorrhoica wird mit Unrecht angezweifelt. Die Erkenntniss des Zusammenhanges eines Falles von Iritis mit Gonorrhoe resp. Arthritis gonorrhoica ist für die Therapie von Bedeutung (Chinin, Jodkalium). — IV. In Folge von Leiden der Sexualorgane werden krankhafte Veränderungen am Sehorgane weitaus häufiger bei Weibern beobachtet. In Folge einer Schrumpfung des die Gebärmutter umgebenden nervenreichen Zellgewebes (Parametrium) kommt es zu einer Reflexhyperästhesie des Nervus quintus und opticus (Kopiopia hysterica Förster). Die Patientinnen klagen über mangelnde Ausdauer beim Nahesehen, über Schmerzempfindungen verschiedenster Art und über eine gewisse Lichtscheu. Die objektive Untersuchung der Augen gibt keine Erklärung dieser Klagen. Die Affektion ist nicht heilbar, sie wird gebessert durch Castoreum und Valeriana und schwindet gänzlich mit vollendeter Involution. Auch Morbus Basedowii ist abhängig von Geschlechtsleiden; zwischen Neuroretinitis, Atrophia nervi optici und Sexualleiden existirt gleichfalls ein Zusammenhang, doch ist Genaues hierüber noch nicht bekannt. — V. Sehr zahlreich sind die Beziehungen der Krankheiten des Nervensystemes zum Sehorgane. Sehnerv und Netzhaut sind Hirntheile, fünf Hirnnerven treten zum Sehorgane, Blut- und Lymph-Gefässe des Gehirnes und des Sehorganes stehen in engster Verbindung. Die Vermuthung, dass Gehirnhyperämieen durch den Augenspiegel sicher zu erkennen seien, hat sich nicht bestätigt. Bei Cerebrospinalmeningitis kommt es zu Konjunktivitis, Oedem der Bindehaut, exulzerirender Keratitis, besonders ab (1:27) zu eiteriger Iridochoroïditis. Meningitis kann auch die Ursache abgeben für vorübergehende oder bleibende Amblyopie und Amaurose durch Betheiligung des Sehnerven am Chiasma. Chemosis und Infiltration des orbitalen Zellgewebes wurden ebenfalls bei akuter Meningitis beobachtet. Der gesteigerte intrakranielle Druck gibt sich kund durch Neuritis optica oder Stauungspapille. Für sich allein gestattet die Veränderung weder in Bezug auf den Sitz der Krankheit noch auf deren Natur (Tumor, Entzündung u. s. w.) ein bestimmtes Urtheil, gewinnt aber grosse Bedeutung im Zusammenhange mit den übrigen Hirnsymptomen. Der erhöhte Druck wird nach v. Graefe auf den Sinus cavernosus und die darein mündende Vena centralis retinae nach Manz und Schwalbe auf den Flüssigkeitsdruck im subvaginalen Raume des Sehnerven, welcher mit dem subduralen zusammenhängt. Die doppelseitige Stauungspapille ist das sicherste Symptom einer dauernden Steigerung des intrakraniellen Druckes. Eine genaue topographische Aufnahme der Gesichtsfelder liefert oft wichtige Handhaben zur Diagnose des Sitzes einer Gehirnerkrankung. Die durch den Fixirpunkt gehende Vertikale theilt jedes Gesichtsfeld in eine kleinere mediale und eine grössere laterale Hälfte. Die rechte Hälfte jedes Gesichtsfeldes wird vom linken Tractus opticus versorgt, vom rechten Tractus opticus dagegen die linke Hälfte jedes Gesichtsfeldes. Im Chiasma findet eine Semidekussation der Nervenfasern statt. Nur zwei Fälle kommen vor: 1) In jedem Gesichtsfelde fehlt die laterale Hälfte (mediale Hemiopie oder laterale Hemianopsie) Hemiopie-Halbsehen; Hemianopsie = Defekt des halben Gesichtsfeldes eines Auges) 2) in jedem Gesichtsfelde fehlt die rechte oder in jedem die linke Hälfte (gleichnamige Hemiopie). Die mediale Hemiopie entwickelt sich fast stets allmählig, die Gränzlinie ist nicht scharf und kann auch auf die mediale Hälfte eines Gesichtsfeldes hinüberrücken; es handelt sich um einen Herd am vorderen oder hinteren Chiasmawinkel. Die homonyme Hemiopie ist häufiger, entsteht plötzlich, nicht selten unter den Erscheinungen einer Hirnapoplexie und, wenn die rechten Hälften der Gesichtsfelder fehlen, kann auch Aphasie zugegen sein. Die Gränzlinie ist scharf und

t durch den Fixirpunkt. Die Krankheit tationär. Das Flimmerskotom (Amaurosis ialis fugax) tritt auf, unter Migraine, auf len Augen mit Flimmern und identischen kten seitlich vom Fixirpunkte und geht h 15—25 Minuten vorüber. Bei sehr vielen krankheiten treten Symptome an den enmuskeln auf. Die Kerne der Augenkelnerven liegen am Boden des vierten trikel. Der rechte vordere Vierhügel bewecht die Bewegungen beider Augen nach linken Seite hin, der linke die beider gen nach rechts hin. Bei Apoplexieen des nes beobachtet man Drehungen beider gen und des Kopfes nach einer Seite hin. gt der bedingende Herd in einer Grosshemisphäre, so sind die Augen- und Kopfbewegungen nach der Seite hin gerichtet, eher die Hirnerkrankung angehört. Liegt Herd im Isthmus encephali, so kann die hung auch nach der entgegengesetzten te hin erfolgen und längere Zeit andauern. partieller Hirnsklerose wird initiale Diplopie, wechselnde Lähmung der Augenmusnerven, häufig Nystagmus und auch Atrohie nervi optici beobachtet. Bei Herden an Basis cranii treten Lähmungen von Aunerven auf; besonders charakteristisch sind cessive vollständige Lähmungen von zwei drei Nerven, während multiple unvollndige Lähmungen eher auf ein Leiden in Hirnsubstanz deuten. Wenn Parese der n Körperhälfte mit vollständiger Okulotoriusparalyse der anderen Seite kombinirt , so sitzt der Herd auf der Seite der Aumuskellähmung, da, wo der Okulomotorius er dem Crus cerebri vorbeistreicht. Pupilldifferenz wird häufig bei Geisteskranken, mentlich bei Paralytikern, beobachtet; Wechder Pupillengrösse („springende Mydriaie") ist ein wichtiges Prodromalsymptom. — der Papilla findet man bei Psychopathieen trophie oder Neuritis oder einen negativen fund. Bei Tabes dorsualis ist Atrophie Sehnerven häufig, mitunter das Initialptom. Eben so häufig sind dabei, namentlich im Beginne, leichte und vorübergehende, er recidivirende und wechselnde Paresen Augenmuskeln (Diplopieen), seltener ibende Paralysen. Myosis deutet auf Affektion des Centrum ciliospinale (in der Gegend untersten Hals- und obersten Brustwirbel). izung des Halssympathikus (durch Struma .) bewirkt Mydriasis; Lähmung (durch mphosarkom, Krebs etc.) aber Myosis; daist auch öfter leichte Ptosis vorhanden durch Lähmung der vom Sympathikus versorgten glatten Muskelfasern der Lider. Dabei besteht in der betreffenden Gesichtshälfte anfangs Röthung, Temperaturerhöhung, vermehrte Schweissabsonderung; später Gewebsatrophie. Es gibt eine Hemicrania sympathicotonica mit Verengerung der Arteria temporalis und Erweiterung der Pupille, und eine Hemicrania angio-paralytica mit Erweiterung der Netzhautgefässe und Verengerung der Pupille. Von Leiden des Trigeminus hängt ab die neuroparalytische Ophthalmie, der Herpes zoster ophthalmicus vom Ganglion Gasseri. Leichte Formen von Chorea minor werden durch Spasmus nictitans (Blinzeln) eingeleitet. Zu Beginn des epileptischen Anfalles ist Erweiterung der Pupillen und Blässe des Gesichtes vorhanden. Bei der symptomatischen Epilepsie ist der Augenspiegelbefund abhängig von dem intrakraniellen Grundleiden; bei der idiopathischen tritt während des Anfalles Verengerung der Retinalarterien ein neben venöser Hyperämie. — VI. Hautkrankheiten. Ekzem und Impetigo des Gesichtes bedingen, namentlich bei skrophulösen Kindern, Bindehautkatarrhe wie Keratitis superficialis. Kataraktbildung steht in Beziehung zu gewissen chronischen Exanthemen. Erysipelas faciei kann Atrophie des Sehnerven mit Verengerung der Arteria centralis und auch Lidabszess bedingen. — VII. Gicht und Rheumatismus. Dem unklaren Begriffe des Rheumatismus haften drei Momente an: 1) ein ätiologisches, die Erkältung; 2) ein symptomatisches, der Schmerz; 3) ein anatomisches, die Affektion sehnig-bindegewebiger Theile. In der neueren Ophthalmologie erscheint der Rheumatismus nicht mehr, aber es gibt eine Iritis im Zusammenhange mit Gelenkleiden, die als rheumatisch bezeichnet werden muss. In Verbindung mit Gelenkleiden steht auch die Keratitis diffusa, wobei wahrscheinlich Lues congenita vorliegt. — VIII. Infektionskrankheiten. Bei Masern ist der Bindehautkatarrh exquisit, ja im Initialstadium diagnostisch zu verwerthen. Sehr selten sind darnach vorübergehende, noch seltener bleibende Amaurosen, aber häufig sind chronische Ophthalmieen. Auch beim Scharlach kommt es zum Schwellungskatarrhe. Transitorische Amaurose ohne Befund nach Scharlach hängt von Albuminurie ab und sind diese Amaurosen schon als krypturämische bezeichnet worden. Retinitis albuminurica nach Scharlach hat eine ziemlich günstige Prognose.

Durch Scharlach kann Karies des Felsenbeines, Facialislähmung, Lagophthalmus und Hornhautverschwärung eingeleitet werden. Die Pocken bewirkten im Anfange dieses Jahrhunderts in Frankreich 35 pCt. der Erblindungen, nach Einführung der Impfung nur 7 pCt. Die Konjunktiva leidet immer bei den Pocken durch Katarrh und Schwellung, die Blutungen in der geschwollenen Bindehaut sind für die hämorrhagische Form charakteristisch. Auch Diphtherie der Bindehaut wurde in Berlin beobachtet. Pusteln kommen am Lidrande und auch auf der Bindehaut vor. Hornhautabszesse und Iritis sind Nachkrankheiten der Blatterneruption. Nach Typhus sind sehr selten Hornhautabszesse und Augenmuskellähmungen, häufiger transitorische Amaurosen ohne Befund bei Kindern; dunkel sind noch die bleibenden Atrophieen der Sehnerven. Nach Febris recurrens entsteht Choroïditis, oder Cyclitis, oder Iritis, welche chronisch verläuft und sehr selten zum Verluste des Auges führt. Einige Wochen nach Diphtherie entsteht recht häufig eine früher mit Amblyopie verwechselte Lähmung der Accommodation (Unfähigkeit, ohne Konvexglas zu lesen), meist ohne Betheiligung der Pupillen und der anderen Augenmuskeln, von immer günstiger Prognose. Von Intermittens werden typische Neuralgieen, besonders des Supraorbitalis, bedingt. Bei der Cholera beobachtet man Lagophthalmus, verringerte Thränenabsonderung; in der Conjunctiva bulbi inferior Injektion, Vertrocknung des unteren Hornhautsegmentes und als letales Zeichen schwärzliche Flecke der Sclera. Die Netzhautarterien sind enge, in den Venen ist die Blutsäule mitunter unterbrochen. Bei Trichinose partizipirt an dem Oedeme die Haut der Lider und die Konjunktiva, selten sind Störungen der Muskeln vorhanden. Bei Sinusthrombose tritt ein- oder doppelseitig Protrusion des Augapfels mit Oedem und Amaurose ein, bei Meningitis suppurativa ein ähnliches Krankheitsbild ohne Amaurose. Bei Pyämie entsteht bisweilen eiterige Choroïditis mit stets ungünstiger Prognose für das befallene Auge, mit Ausgang in Perforation oder direkt in Atrophie. Den häufigsten Ausgangspunkt bilden die weiblichen Genitalien. In einem Falle von Endokarditis ist die Verstopfung von Netzhautarterien durch die vom Endokardium abgelösten Massen nachgewiesen. Nur anatomisch bekannt ist die in schweren Wundfiebern auftretende Retinitis septica mit weissen Flecken und Extravasaten. Syphilis befällt fast alle Theile des Auges. Unter 7898 von Coccius behandelten Augenkranken waren 11 pCt. luetisch, die Affektionen sind meist binokular, die Iris ist häufig, nicht selten jedoch die Netzhaut befallen. Geschwüre an den Lidrändern und Gummata der Bindehaut sind zunächst zu bemerken. Keratitis punctata und diffusa ist häufig von Lues, auch von der angeborenen, abhängig. Iritis ist wohl in 50 pCt. syphilitisch; es gibt eine einfache und eine seltenere gummöse Form. Bei der diffusen Choroïditis wird immer die Netzhaut in Mitleidenschaft gezogen. Seltener ist Neuritis optica oder weisse Atrophie; auch Amblyopie ohne Befund wird beobachtet. Für die Erfolge der sicheren Merkurialtherapie ist die Diagnose von hoher Bedeutung, namentlich wenn gleichzeitig schwere Hirnsymptome vorliegen. Lähmung der Augenmuskeln ist nicht selten luetisch. In Folge von Bleivergiftung entsteht Neuritis optica und Sehnerven-Atrophie. Chronische Nikotinvergiftung bewirkt Amblyopie mit Scotoma centrale, namentlich für Roth (auch Verengung der Pupillen). Chronischer Alkoholismus, der eine ähnliche Amblyopie setzt, kann zur Sehnervenatrophie führen. Vergiftung mit Belladonna, Stramonium oder Hyoscyamus bewirkt Erweiterung der Pupillen, Morphiumvergiftung Verengerung derselben, Chloralhydrat Asthenopie. (Bei Morphium- und Chloral-Sucht wird auch Diplopie beobachtet. Chininvergiftung erzeugt Amblyopie, Santonrausch Gelbsehen. Milzbrand lokalisirt sich öfter an den Lidern, ebenso Rotz, welcher auch im Orbitalgewebe auftreten kann. — IX. Beziehung einiger Ernährungsstörungen zum Sehorgane. Die Skrophulose bedingt Blepharitis, Bindehautkatarrh, Phlyktänen und oberflächliche Keratitis. Bei Diabetes sind Sehstörungen häufig, nämlich Sinken der accommodativen Energie, Katarakt, Glaskörpertrübung, Retinitis mit Blutungen und weissen Herden, Sehnervenatrophie und Amblyopie ohne Befund. —

Ueber mehrere jüngst erschienene Arbeiten, welche den von Hammond „Athetose" genannten Symptomenkomplex behandeln, berichtet Wernicke im Centralblatte f. d. mediz. Wissensch., Nr. 17, 1877, wie folgt: Bernhardt beobachtete einen 12jähr. Knaben, welcher das Leiden in seinem 5. Jahre nach einer akuten Ausschlagskrankheit erworben hatte. Es bestand in unwillkührlichen Be-

ngen der Finger der rechten Hand, wel- nur zeitweilig bei vollkommener Ruhe oder kung der Aufmerksamkeit aufhörten, aber im Schlafe fortbestanden. Der rechte erarm zeigte vermehrten Umfang. Aehn- unwillkürliche Bewegungen der Zehen des Fusses bestanden in geringem Grade. Muskelkraft des rechten Armes war ab- wächt, die Sensibilität an der gesammten en Körperhälfte vermindert. Die Zunge etwas nach Rechts ab, von Seiten des alis waren nur zweifelhafte Symptome anden, die Sprache und alles Uebrige war al. Schreiben lernte der Patient mit der n Hand. In der Familie des Patienten eine Disposition zu Nervenkrankheiten, ell zu Chorea, vorhanden. Bernhardt ht sich gegen Paralysis agitans und Skle- und für halbseitige Chorea aus, wie sie Weir Mitchel und Charcot schon be- ieben ist, und adoptirt auch dafür die von rcot gegebene anatomische Grundlage, lich eine Herderkrankung in der Nähe des ren Theiles der inneren Kapsel. Jedoch ht er dem geschilderten Bilde gewisse sche Besonderheiten zu und will deshalb den besonderen Namen der Athetose da- vorläufig beibehalten wissen. — Die zweite heilung Bernhardt's betrifft einen 14jäh- , an Krämpfen leidenden, schwachsinnigen chen, bei welchem die Affektion nach im Alter von $1^1/_4$ Jahren aufgetretenen anfalle zurückgeblieben war. Die unwill- chen Bewegungen, bei Ruhelage des rech- Armes nur gering, treten besonders her- sobald derselbe frei gehalten wird, und trächtigen die willkürlichen Bewegungen. und Zehen zeigen dieselben noch stär- als Hand und Finger. Es besteht rechts- ge Hemiparese mit Einschluss beider Fa- gebiete und der Sensibilität. Eine Hy- ophie der Muskulatur zeigt sich nur am ten Unterschenkel. — Rosenbach be- chtete in einem Falle von Tabes dorsualis willkürliche Bewegungen der Finger und en, welche er mit den von Hammond chriebenen identifizirt. Er kommt folge- ig zu dem Schlusse, dass die Athetose e selbständige Krankheit, sondern nur eine leiterscheinung verschiedener Krankheits- esse sei. Die Sektion seines Falles ergab er der grauen Degeneration der Hinter- nge einen umschriebenen graugelben, mit benstreifen in die Umgebung sich fort- enden Herd am hinteren, unteren und äus- n Ende des rechten Linsenkernes, 1 Cm. lang und 4 Mm. breit. Verfasser glaubt ihn vernachlässigen zu können, weil die Muskel- unruhe beiderseitig war und nie halbseitige Lähmungserscheinungen beobachtet wurden. Wernicke glaubt jedoch, dass die Lokalität des Herdes durch ihre annähernde Uebereinstimmung mit den Befunden Charcot's sehr bemerkenswerth ist. — Im Falle Berger's fanden unwillkürliche Greifbewegungen der linken Hand in ziemlich rascher Folge und in maximalen Exkursionen Statt. Das Handgelenk befand sich in Pronations- und Beuge-Stellung, an Fuss und Zehen waren die unwillkürlichen Bewegungen schwächer ausgeprägt. Die linken Extremitäten und der linke gesammte Facialis waren paretisch, am Arme vorwiegend der Nervus radialis, am Beine der N. peroneus getroffen, der linke Vorderarm war wärmer und etwas hypertrophisch. Cutane Hemianästhesie links, Muskelgefühl und Sinnesorgane unverletzt. Der 19jährige Kranke litt seit seinem ersten Lebensjahre an linksseitiger Hemiplegie und auf die linke Körperhälfte beschränkten epileptischen Anfällen. Die unwillkürlichen Bewegungen hatten sich zwei Jahre nach der Hemiplegie eingestellt und waren seitdem unverändert geblieben. Berger erblickt in diesem Falle den Beweis, dass die Athetose von der posthemiplegischen Chorea Charcot's zu sondern sei; er vermuthet indessen einen Herd an den durch Türk bekannten Stellen, vielleicht mit Ergriffensein der Hirnschenkelschlinge. Auch ein Herd in der ersten Brückenhälfte sei möglich. Die Annahme einer Rindenerkrankung, wie Eulenberg will, lässt er nur für den Fall gelten, dass die Athetose nicht mit Hemiplegie oder nur mit epileptischen Anfällen verknüpft ist. — Gowers hält die Langsamkeit und Unaufhörlichkeit der unwillkürlichen Bewegungen für das eigentlich Charakteristische der Hammond'schen Fälle; er will desshalb weder den ersten Fall Bernhardt's, noch würde er den Fall Berger's zur Athetose rechnen. Die Athetose ist ihm nur die eine Art der posthemiplegischen krampfhaften Bewegungsstörungen, sie geht durch leise Uebergänge in anscheinend ganz verschiedene hemiplegische Krampfformen über. Durch ein Material von 18 Fällen ist er in den Stand gesetzt, diese umfassende Betrachtungsweise durchzuführen. Seinen ersten und zweiten Fall rechnet er zur Athetose Hammond's. Der erste folgte nach zwei Monaten einer in der Besserung begriffenen Hemiplegie, blieb anderthalb Jahre lang unverändert, hatte keine Sensibilitätsstörung

und war namentlich dadurch bemerkenswerth, dass durch dreimonatliche Behandlung mit dem konstanten Strome die Bewegungen an der Hand beseitigt, am Fusse etwas geringer wurden. Dieser Erfolg ist um so frappanter, als bisher gerade die Unheilbarkeit des Uebels als eines seiner feststehenden Merkmale galt. Aetiologisch war Syphilis zu konstatiren. Im dritten Falle folgten die krampfhaften Bewegungen einer zwei Jahre bestehenden halbseitigen Gefühlsabstumpfung. In der Ruhe waren die Fingerbewegungen gering, beim Ausstrecken der Hand nahmen sie zu und wurden bei willkürlichen Bewegungen störend. Die Behandlung war erfolglos. — In sämmtlichen Fällen Hammond's waren plötzliche Hirnsymptome, in einigen halbseitige Gefühlsabstumpfung vorangegangen. Die Athetose ist also meist Folge einer plötzlichen Hinläsion, durch welche zugleich Hemiplegie verursacht werden kann, es liegt daher nahe die Athetose mit den anderweitigen in paretischen Gliedmassen auftretenden krampfartigen Bewegungsstörungen zu vergleichen. In gewissen posthemiplegischen Fällen sind die betreffenden Gliedmassen durch tonische Muskelspannung in einer bestimmten Stellung fixirt, innerhalb welcher nur noch die langsamen unwillkürlichen Fingerbewegungen erfolgen. So verhält es sich im dritten Falle Gower's, einer halbseitigen Kinderlähmung mit spastischer, nur auf Momente nachlassender Beugekontraktur im Hand- und Ellbogen-Gelenke mit Hypertrophie der Muskulatur und beträchtlicher grober Kraft. Im Falle 4 war das Fingerspiel mit tonischer Flexionsstellung der Finger in den ersten und Hyperextension in den zweiten und dritten Fingergelenken verbunden.— In einer anderen Reihe von Fällen sind die unwillkürlichen Bewegungen rasch und stossweise, wahrscheinlich durch plötzliches Eintreten des wechselnden Krampfzustandes der Muskelgruppen. Die erfolgenden Bewegungen können regelmässig oder unregelmässig sein, ersteres in den verschiedenen Arten des Tremors, welcher wieder entweder kontinuirlich oder nur bei Bewegungen vorhanden sein kann. Bei unregelmässigem Krampfe kommen schleudernde Bewegungen zu Stande. Diese sind meist an willkürliche Bewegungen geknüpft und verleihen ihnen den Charakter einer wilden schleudernden Ataxie, sie können aber auch, wie in einem Falle Jackson's, kontinuirlich und dabei gewaltsam sein oder nur auf Augenblicke pausiren, wie im 12. Falle von Gowers, in welchem der ergriffene Arm mit der gesunden Hand festgehalten werden musste. Bei geringerer Heftigkeit der unregelmässigen Bewegungen kann man sie als choreoid bezeichnen, wofür Gowers in fünf schon von Weir Mitchell und Charcot als post hemiplegische Chorea beschriebenen Fällen Beispiele sieht. In den Fällen 10 und 11 von Gowers traten gelegentlich plötzliche, ruckweise Bewegungen in den Gliedmassen auf, welche zugleich der Sitz einer wechselnden tonischen Spannung und eines langsamen kontinuirlichen Muskelspieles waren. — Die verschiedenen Formen von Bewegungsstörungen haben alle das Gemeinsame, dass sie viel häufiger im Arme als im Beine, in den ersteren auch immer stärker, auftreten. Nur in zwei von den 18 Fällen Gowers' war das Gehen ernstlich gestört. Sie sind ferner entweder auf die Hand beschränkt oder in dieser wenigstens am stärksten, namentlich im Gebiete der Interossei. Oft sind sie durch Irradiation des Willens zu erklären. Sie kommen nie in ganz gelähmten Gliedern vor, sind sogar oft hinsichtlich ihrer Entstehung zeitlich an die Wiederkehr der Beweglichkeit gebunden. Die kontinuirlichen nehmen bei Bewegungen auch hinsichtlich ihres Verbreitungsbezirkes zu und sind auch der Form nach von den an Willensbewegungen geknüpften nicht verschieden. Die Bewegungen hören fast stets im Schlafe auf, nur einer oder zwei der bekannten Fälle machen davon eine Ausnahme. Von zehn sorgfältig untersuchten Fällen haben nur vier Beeinträchtigung der Sensibilität, nur einer eine verwerthbare Hemiopie. — Für die an den Willen geknüpften Bewegungen muss natürlich die Kontinuität der Willensbahn angenommen werden. Die spontan auftretenden kommen möglicherweise dadurch zu Stande, dass die etwa eine Hemiplegie bedingende Läsion nur einen kleineren Theil der grauen Gangliensubstanz zerstört hat. Bei absoluter Lähmung wird man eine Isolirung der Ganglienmassen von der Rinde annehmen können und für diese Auffassung lässt sich ein früher von Bernhardt mitgetheilter Fall verwerthen. Mit Ausnahme von zweien wiesen alle Fälle Gowers' auf den Sitz in den Centralganglien hin, einer auf Affektion des Pons, einer auf solche des Grosshirnschenkels. Bei seinem 15. Falle findet sich ein Sektionsbefund vor. Dieser Fall betraf einen 55jährigen nierenkranken Maler, welcher unter apoplektischem Insulte eine rechtsseitige Hemiplegie erlitt und nach drei Monaten zur Beobachtung kam. Die Hirnnerven waren frei, die Extremitäten nur

t paretisch, die Sensibilität wurde nicht rsucht. Nur bei willkürlichen Bewegungen rechten Armes traten gewaltsame ruck- e Zuckungen auf, so dass z. B. beim Ver- e, etwas vom Tische zu nehmen, der Arm den Kopf flog. Nach drei Jahren hatte diese Ataxie etwas gebessert. Die Sek- ergab als einzigen Hirnbefund eine Narbe, he den linken Sehhügel in der Mitte sei- Länge quer durchsetzte. Das äussere e der Narbe lag unmittelbar über der weis- Markmasse, ohne in dieselbe einzudringen. sekundäre Degeneration war nicht vor- len. — In 2 Fällen von Weir Mitchell en sich dagegen Läsionen der Corpora ta, und damit stimmt überein, dass von darauf untersuchten Fällen Gowers' über Hälfte keine Hemianästhesie hatte. Der tere glaubt, dass ähnliche Bewegungsstör- en auch bei Erkrankungen der grauen stanz des Pons vorkommen können und zu ihrem Zustandekommen die Integrität serer Massen von grauer Substanz erfor- ch ist.

Dr. Cristofair beschreibt in Paris mé- für 1877 die von Prof. Verneuil ge- Methode zur Beseitigung der Hä- rhoiden. Dieselbe hat vollständigen Er- in acht verschiedenen Fällen gehabt. Am vor der Kur muss dem Kranken ein Ab- mittel und am Tage der Operation ein tir gegeben werden. Verneuil legt den Chloroform anästhesirten Kranken auf Seite, führt dann, wie für die Operation Afterfistel, in den Mastdarm einen zwei- igen Sperer (Spiegel) ein von der Gatt- , dass er den oberen Saum der inneren iessmuskel erfasst und, die Schalen heftig inanderhaltend, zieht er langsam den Spe- us dem After. Nachher zwei Finger je- Hand in den After einführend vervollstän- er die Ausdehnung der inneren Schliess- kel, wobei er nachdrücklich anzieht. In en, in welchen die Schliessmuskel sehr tig sind, führt er aufs Neue einen grös- Sperer ein, um so die Ausdehnung zu nden. Der Kranke wird darauf in's Bett acht und in frisches Wasser getauchte pressen werden beständig auf den After gt. Diese Operation, welche nicht eine te dauert, gibt nach Cristofair gar en Anlass zu einer bedenklichen Ver- elung. Es ist dabei weder eine Blutung eine eiterige Ansteckung, noch eine Ver- engerung oder Schwäche des Mastdarmes zu fürchten. Die Schmerzen, welche der Kranke empfindet, sind wenig heftig und dauern nicht länger als etliche Stunden. Gewöhnlich schliesst während des 2. oder 3. Tages der ausgedehnte Schliessmuskel nicht vollkommen und verursacht an der Schleimhaut des Mastdarmes einen Bruch auf den Seiten der Oeffnung, aber allmählig kehrt der Sphinkter in seinen ursprünglichen Stand zurück und nach Verlauf von 4 oder 5 Tagen hat er seine normale Form und Thätigkeit wieder aufgenommen. Die Schleimhaut ist wieder gleichförmig geworden und tritt während der Stuhlentleerung nicht mehr hervor; sie heilt von selbst ohne alle Schwierigkeit und Schmerzen. Nach Verlauf von 5—6 Tagen sind solche Patienten vollkommen geheilt.

Dr. T. Clifford Allbut behauptet (in The Brit. med. Journ., 841) auf Grund vielfältiger Erfahrungen, dass Seelenangst und langer Kummer eine der häufigsten Ursachen für das Entstehen von granulirter Niere sei. Im Beginne kommen die meist noch im mittleren Alter stehenden Kranken mit der Klage zum Arzte, dass sie leicht ermüden, nach psychischer Erregung dyspnoisch werden. Objektiv lässt sich konstatiren, dass dieselben abgemagert sind, der Puls gespannt, das Herz vergrössert ist und der spezifisch leichte Harn geringe Mengen Eiweiss enthält. Bei 35 solchen Fällen, welche der Verfasser in den letzten Jahren beobachtet hat, war 24 Male die angegebene Ursache vorausgegangen. Es werden zur Illustration acht Fälle angeführt, in welchen Menschen in glücklicher und sorgloser Lebensstellung, nachdem sie von schweren Schicksalsschlägen getroffen worden waren, an interstitieller Nephritis erkrankten.

Die verschiedensten Erkrankungen des Uterus und der Ovarien, welche hysterische Symptome im Gefolge haben, können nach Schenkl reflektorisch eine erhöhte Reizempfänglichkeit der sensiblen Innervation des Accommodationsapparates erzeugen, welche sich bis zur wahren Hyperästhesie zu steigern vermag. Es treten anfänglich nach längerer, dann auch nach minutenlanger Augenarbeit heftige Schmerzen im Auge und seiner Umgebung auf, die sich von reinen Neuralgieen durch den Mangel eines

typischen Verlaufes und dann dadurch unterscheiden, dass sie sich nur nach Anstrengung im Nahesehen einstellen. Das Sehen durch optische Instrumente wird zur Ursache lange dauernder Schmerzanfälle. Zumeist sind beide Augen befallen und dann gewöhnlich das rechte in höherem Grade. In 60 Fällen sah Schenkl 46 Mal das rechte Auge stärker ergriffen. Deprimirende psychische Affekte fördern das Leiden, zuweilen bleiben aber die Schmerzen gerade während der Dauer solcher Affekte aus. Vor und während der Menses steigert sich die Heftigkeit der Anfälle; die Zeit der Schwangerschaft beeinflusst sie in günstigem Sinne. Bei manchen Patientinnen treten mit den Augenschmerzen Ueblichkeiten, Erbrechen, Schwindel, selbst Konvulsionen auf. Das Fernesehen leidet fast nie. Die Pupillenweite wird durch das Leiden nicht beeinflusst. Die Empfindlichkeit der Bulbi gegen Berührung wird während der Anfälle sehr gross. Der Spiegelbefund ist normal, die Accommodationsbreite unverändert. Zuweilen beobachtet man neben den Schmerzen Photophobie und Photopsie. Das Uebel kommt bei allen Refraktionszuständen vor. — Der Verlauf des Leidens ist ein sehr langwieriger und schwindet dasselbe erst mit dem Eintritte der klimakterischen Jahre. Sehr selten kommt es auch bei Männern vor, die anämisch und zu Nervenleiden disponirt sind. Verheirathete Frauen stellen das grösste Kontingent. Unter 60 Fällen fand Schenkl 15 Mädchen und 45 Frauen. Von den letzteren waren 18 unfruchtbar, 27 aber hatten geboren. Dem Alter nach waren von diesen 60 Fällen zwischen 14 und 20 Jahren einer, von 20—30 dreizehn, von 30—40 vierzig, über 40 Jahre nur sechs. Unter diesen Kranken waren auch robuste, blühend aussehende Frauen. Die Behandlung besteht in Vermeidung anstrengender Augenarbeit, Verordnung schwacher Konvexgläser (mit 80 zu beginnen, bis 36 oder 24 zu steigen); bei Lichtscheu werden rauchgraue Muschelbrillen getragen. Innerlich erwiesen sich Kastoreum, Valeriana und Zincum aceticum als nutzlos; zuweilen nahmen grosse Gaben Chinin einen günstigen Einfluss auf die heftigen Schmerzen; Atropineinträufelungen waren meist ganz unwirksam. Vom Arbeiten mit Konvexgläsern unter Accommodationsparalyse durch Atropin sah Schenkl keinen Erfolg. (Prag. med. Wochenschrift, 1877, Nr. 18 u. 19.) —

Unter dem Namen „Retinitis proliferans" versteht Prof. W. Manz einen von der Netzhaut ausgehenden entzündlichen Wucherungsprozess, der das Aussehen hat, als hätten sich gefässhaltige gefaltete Membranen nach dem Glaskörper zu von dort aus gebildet. Er beschreibt drei von ihm beobachtete Fälle, ebenso glaubt er, dass drei Fälle von Jäger, Becker und Hirschberg hierher zu rechnen seien. Den Grund jener Krankheit sucht er in Kreislaufsstörungen. Die Affektion beginnt mit einer Sehstörung, welche als dunkles Skotom im mittleren Theile des Gesichtsfeldes auftritt und sich vergrössert, bis sie dieses ganz oder doch zum grössten Theile deckt. Die Sehstörung wird begleitet von subjektiven Reizerscheinungen, wie sie bei Retinitis vorkommen, während äussere entzündliche Symptome und Schmerzen fehlen. Es entwickeln sich die oben genannten Netzhaut-Wucherungen und zuweilen Glaskörperchen. Gewöhnlich bilden sich diese Erscheinungen nach längerer Zeit zurück und das Sehvermögen wird wieder normal. Manz empfiehlt bei dieser Erkrankung Jodkalium in kleinen Dosen. (Deutsch. mediz. Wochenschr., 1877, 26. Mai.) —

Richardson, Mikroskopiker des Pensylvania-Spitals, hat bei Gelegenheit der Weltausstellung zu Philadelphia die rothen Blutkörperchen von 14 Repräsentanten verschiedener Nationalitäten und Raçen gemessen (nämlich von Spaniern, Belgiern, Schweizern, Türken, Russen, Dänen, Norwegern, Schweden, Italienern, Franzosen, Japanesen, Mulatten, Indianern und Anglo-Amerikanern). Er fand keine erheblichen Differenzen und kommt somit zur Bestätigung des Schriftwortes, dass „der Herr alle Völker der Erde aus einem Blute machte". (American Journal of the med. sciences, Nr. 145, Jan. 1877.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 27. *Erlangen*, am 7. Juli 1877.

Wöchentlich 1 Bogen von 2 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Lehre von der epidemischen Parotitis. Die Subkutan-Injektionen bei Hämoptoe. Ueber primäres akutes Lungenödem. Zur Staaroperation. Einfluss des Gehirns auf Muskeln und Herz. Zur Frage, wie sich die Galle zur Bleiaufnahme und Bleiabgabe verhält.

Zur Lehre von der epidemischen Parotitis oder dem Mumps lieferten in der letzten Zeit Beiträge Dr. M. Fehr im Arch. f. klin. Chirurgie, XX, 3, p. 600 und die DD. Chauvin und Juloux in Rec. de mém. de méd. etc. milit. 3. Sér. XXXII p. 473 u. 478. Nach Aufzählung der seit Mitte des vorigen Jahrhunderts beschriebenen bedeutenderen Epidemieen geht zunächst Fehr auf die Beziehung zwischen Mumps und den akuten Exanthemen über. Bereits Harless (1799) und nach ihm Warnekros, Kopp und Horst sahen den Mumps im unmittelbaren Anschlusse an Scharlachepidemieen auftreten. In mehreren Fällen wurden sogar Abschuppung der Haut des Körpers sowie wassersüchtige Anschwellungen bei von Mumps Befallenen beobachtet; auch zeigte sich in einigen Epidemieen, dass beim Auftreten der Parotitis die Scharlachepidemie zu Ende ging und dass gerade solche Individuen von ersterer betroffen wurden, welche von letzterer verschont geblieben waren. Nicht minder wird von einem unmittelbaren Vorangehen und theilweise gleichzeitigem Auftreten von Masern- (Colin, Liverani, Wittke), Pocken- (Laghius) und Roseola-Epidemieen (Rilliet) berichtet, während in der grossen Mumps-Epidemie zu Erlangen (1799) Blattern in sehr gefährlicher Form folgten und 1867 in Konstantinopel Parotitis, Blattern und Masern zugleich epidemisch auftraten. — Auch in der von Fehr beobachteten Epidemie zu Heidelberg kamen während und nach derselben Scharlachfälle vor und drei seiner von Mumps befallenen Patienten hatten zugleich einen den Rötheln ähnlichen Ausschlag. Es steht daher nach seiner Ansicht ein gewisser Zusammenhang beider Krankheitsgruppen ausser Zweifel, ebenso wie die epidemische Ausbreitung der Parotitis durch einen spezifischen Infektionsstoff zu Stande kommt, welche Behauptung besonders schlagend durch eine Beobachtung von Rilliet erwiesen wird, in welcher ein Mädchen aus einer von Ziegenpeter ganz freien Gegend einen Tag zu Besuch ihrer von Mumps befallenen Verwandten ging, acht Tage später selbst von dieser Affektion ergriffen wurde und nach weiteren zwei Wochen dieselbe ihrem Bruder mittheilte. Dass dieses Inficiens aber, wie Koenig meint, analog dem Erysipel, durch den Mund in die Speicheldrüsenausführungsgänge dringe und daselbst Katarrh der Drüse bewirke und nun auch in das Blut übergehe, hiergegen spricht insbesondere die Beobachtung, dass man bisher niemals eine auffällige Mundaffektion dem eigentlichen Mumps hat vorausgehen sehen. Ueberhaupt ist die Betheiligung der verschiedenen Drüsen eine sehr wechselnde. Während meist die Parotis und Submaxillardrüsen, seltener auch die Tonsillen und Sublingualdrüsen ergriffen, werden, befällt die Affektion doch auch manchmal sämmtliche Halsdrüsen, sowie andererseits in der von Pranck beobachteten Epidemie die Geschwulst oft nur in den Submaxillardrüsen zur Erscheinung kam. Es ist daher wohl ge-

rechtfertigt, den Mumps als eine den akuten Exanthemen nahe stehende Infektionskrankheit aufzufassen, welche sich zunächst äusserlich durch eine akute Schwellung der Speicheldrüsen kennzeichnet, zu der sich bei allen höheren Graden eine Infiltration des umliegenden Zellgewebes gesellt. Zuweilen tritt sodann, gewöhnlich wenn die Speicheldrüsenschwellung in der Abnahme begriffen ist, eine mehr minder schmerzhafte Schwellung der Geschlechtsdrüsen — meistens der Hoden, seltener der Nebenhoden, der Prostata, Ovarien, Brüste, auch Schamlippen — ein, ja es erkranken diese letzteren manchmal in Mumpsepidemieen vor der, in seltenen Fällen auch ohne die Speicheldrüsenschwellung, ein Umstand, der wohl genügend gegen die metastatische Natur sprechen dürfte. Auch wurde in mehreren Fällen eine ausgesprochene Volumsabnahme des Hodens nach der Anschwellung gesehen. Fehr theilt sodann die Krankengeschichte seiner eigenen Person ausführlich mit, aus welcher insbesondere hervorgeht, dass der Ausgangspunkt der Schwellung nicht in dem Zellgewebe, sondern in den betreffenden Drüsen zu suchen ist, dass in schlimmen Fällen auch Vereiterung des Zellgewebes eintreten kann, wie dies zumal bei älteren Personen gesehen worden ist. In gewöhnlichen Fällen besteht die Krankheit aus einer auf fluxionärer Hyperämie beruhenden krankhaften Schwellung, ohne den eigentlichen Charakter einer Entzündung zu haben. Zum Beweise, dass man es bei dieser Affektion mit einer spezifischen Alteration des Blutes zu thun habe, führt Fehr noch die in schwereren Fällen stets 2—8 Tage vor Ausbruch des Lokalprozesses sich einstellenden Allgemein- und Fiebererscheinungen sowie eine Beobachtung von Homans an, in welcher eine Frau während ihrer Entbindung an Mumps litt und das Kind am Tage nach der Geburt ebenfalls daran erkrankte. Da aber die Zeit vom Tage der Ansteckung bis zum Ausbruche der Krankheit mindestens mehrere Tage betrage, so müsse hier die Infektion durch das mütterliche Blut erfolgt sein. „Der Mumps", so sagt Fehr, „gehört seinem ganzen Wesen nach nicht der Chirurgie, sondern der inneren Heilkunde an und muss, wie es Lebert gethan, unter den Infektionskrankheiten im Anschlusse an die akuten Exantheme abgehandelt werden". — Die Mittheilung von Chauvin betrifft eine unter Soldaten ausgebrochene Epidemie von Mumps, in welcher die Komplikation mit Orchitis von besonderem Interesse ist. Von 45 Kranken wurden 15 gegen Ende und einer ohne jede Parotisaffektion von Hoden- und Nebenhodenerkrankung befallen; in sechs dieser Fälle trat Atrophie des Hodens ein. Rücksichtlich der Aetiologie glaubt Chauvin ungünstige hygieinische und tellurische Einflüsse in Anspruch nehmen zu müssen; eine Kontagion oder Uebertragbarkeit der Krankheit liess sich niemals erkennen. — Im Gegensatze zu diesem letzten Punkte steht die Mittheilung von Julou, welcher aus dem Umstande, dass die Krankheit immer Individuen derselben Compagnie, derselben Kasernen herdweise ergriff, auf einen spezifischen, von Temperatur und Witterungseinflüssen unabhängigen Krankheitskeim schliesst. Auch er hat der Komplikation von Seiten der Geschlechtsdrüsen besondere Aufmerksamkeit widmen zu können Gelegenheit gehabt. Er fand, dass von 35 Kranken 14 von einer konsekutiven Orchitis befallen wurden und dass bei sämmtlichen eine merkliche Atrophie des Organes eintrat, eine Atrophie, welche um so bedeutender war, je längere Zeit seit der Primäraffektion verflossen war. „Elle (l'atrophie) est donc lente à se produire, mais elle se produit sûrement". (Schmidt's Jahrb. d. gesammten Medizin, 1877, Nr. 4.) —

Einem Vortrage, welchen Dr. Jos. Hirschfeld zu Wien über die Subkutan-Injektionen bei Hämoptoe im Wiener medic. Doktoren-Collegium (Sitzung vom 7. Mai 1877) gehalten hat, entnehmen wir (nach d. Wien. med. Presse, 1877, Nr. 22) Folgendes: Hämoptoe kommt verhältnissmässig selten durch Trauma (Schuss, Stich, starke Erschütterung und übergrosse körperliche Kraftanstrengung) zu Stande; häufiger erscheint sie als Folge von Stauung in den Pulmonalvenen, wie sie durch einen Herzfehler (Bicuspidal- oder Aorten-Insufficienz und Stenose der betreffenden Ostien) bedingt ist; weiter aber tritt eine Lungenblutung auch in Folge leichterer Zerreisslichkeit der Gefässwände ein, möge diese als Vorbote der Tuberkulose, beziehungsweise als erster Ausdruck tuberkulöser Dyskrasie auftreten, oder aber eine sonstige primäre oder sekundäre Erkrankung, bez. mangelhafte Ernährung der Gefässwände als Ursache haben, so bei Hämophilie, Skorbut, Purpura, Typhus etc. Bei weitem die grösste Anzahl der Fälle von Hämoptoe jedoch ist durch Erkrankungen des Lungenparenchyms bedingt, welche

efässe direkt arrodiren oder durch Schmelz- des Gewebes (Kavernenbildung) ihnen Halt benehmen. Solche Prozesse sind: erkulose, Bronchiektasie, Gangrän, Lun- bszesse, Krebs etc. — Ob es auch un- dliche Lungenblutungen gibt, die vika- nd für Menses oder Hämorrhoidalflüsse reten, lässt sich zur Stunde noch nicht cheiden, wenn auch bemerkt werden muss, selbst jüngere bewährte Kliniker (z. B. llet) von solchen sprechen. Die häufigste che der Lungenblutung ist bekanntlich Tuberkulose. Das Wort „Tuberkulose" in Collektivname für verschiedene destruk- Prozesse des Lungengewebes: chronische e Pneumonie, chronische Infiltration des stitiellen Bindegewebes, die von Zenker neumokinosen bezeichneten Staub-Inhala- -Krankheiten, z. B. die Lungensiderose, welcher Einlagerungen metallischen Stau- in die Lunge anatomisch und chemisch- gewiesen werden können, ferner die Cha- is und Albuminosis pulmonum als Aus- k der Einlagerung mineralischen Staubes lk, Thon), und endlich die in Belgien n vor Jahren aufgestellte Pneumonie co- euse, eine Folge der Einlagerung des nwollstaubes, also eines organischen Stof- in die Lunge. Alle diese Affektionen wer- als Lungentuberkulose bezeichnet und ufen unter dem Bilde der sogenannten genphthise. — Unter den gegen die Hä- toe gebräuchlichen therapeutischen Be- n verdient die Kälte allerdings einige rkennung, indem sie auf dem Wege des lexes eine Zusammenziehung der Gefässe Restriktion des Lumens derselben ver- sst und so die Bildung eines Thrombus ichtert. Die Verabreichung von Eispillen der äusseren Anwendung der Kälte vorzu- en. Jeder therapeutische Eingriff gegen Hämoptoe — sofern diese nur nicht einer erne entstammt — wird wesentlich unter- tzt durch die von Niemeyer empfohlenen en und anhaltenden Inspirationen. Die pansionskraft der eingeathmeten und mög- st lange in der Lunge zurückgehaltenen ft übt selbstverständlich einen Druck auf Gefässwände und auf die klaffende Wunde . Hirschfeld lässt den Patienten zu em Behufe durch eine Glasröhre langsam kühlendes Getränk schlürfen. Die forçirte halation adstringirender Mittel hat den Er- rungen nur wenig entsprochen; wo sie n Nutzen bot, da dürfte derselbe den en Inspirationen zu verdanken sein, welche den mechanischen Akt der Inhalation aus- machen. Die Styptica, wie Alaun, Bleizucker, Tannin, Eisenchlorid u. A. m., welche durch die Verdauung erst an ihren Bestimmungsort gelangen sollen, leisten nur wenig und stören nicht selten die normale Thätigkeit des Ma- gens. Von den Narcoticis ist besonders die Digitalis zu berücksichtigen, welche bei auf- geregter Herzthätigkeit und besonders da, wo der Lungenblutung ein unkompensirter Herz- fehler zu Grunde liegt, eine heilsame, wenn auch nicht rasche Wirkung entfalten wird. — Das souveräne Mittel gegen Hämoptoe ist das Ergotin, welches bekanntlich erregend auf die Vasokonstriktoren wirkt. Zur vollen Geltung ward es gebracht durch Prof. Drasche, welcher im Jahre 1871 im Krankenhausbe- richte der Rudolfsstiftung zu Wien die sub- kutane Injektion desselben empfahl. Da das Alkohol-Extrakt (vom Secale cornutum) der österreichischen Pharmakopoe dem Ergotin Bonjean am nächsten steht, so wird beim Ordiniren der Kürze wegen einfach die Be- zeichnung Ergotin gebraucht. Eine konzen- trirte Lösung in Wasser (1:5—10) ist dunkel- braun, macht beim Stehen einen starken Bodensatz, der die Mündung der Injektions- Nadel verlegt, und zeigt bald Pilzbildung, während eine Glyzerinlösung (nach Schnitz- ler 1:10) selbst bei längerem Stehen nur einen geringen Bodensatz liefert und von Pilzen frei bleibt. Nach der Einspritzung stellt sich eine grosse Empfindlichkeit an der Injektionsstelle ein, welcher etwas später ein erhöhtes Wärmegefühl folgt. Eine bald ein- tretende Röthung verschwindet innerhalb 8 bis 10 Stunden. — Es ist bekannt, dass die Kranken, welche wiederholt hämoptoïsche Anfälle erleiden, sich im Zustande starker psychischer Erregung befinden, da sie sich der Gefahr, in welcher sie schweben, wohl bewusst sind. Diese psychische Erregung lässt die Patienten nicht oder wenigstens nur schwer zu jener Ruhe gelangen, welche mit dazu erforderlich ist, um der Blutung Herr zu werden. Dazu kommt noch der Reiz des ausgetretenen Blutes, welcher durch Reflex Hustenanfälle auslöst und dadurch die Blut- ung unterhält, dass der Verschluss des ge- borstenen Gefässes durch Thrombenbildung nicht zu Stande kommen kann. Hirsch- feld pflegt also in solchen Fällen der Ergotin- Injektion eine hinreichende Morphiumeinspritz- ung vorauszuschicken oder beide zugleich, jedoch an verschiedenen Körperstellen, zu appliziren. Unter dem wohlthätigen Einflusse

des Narkoticums tritt mit einem Schlage geistige und körperliche Ruhe ein, die Reflexerregbarkeit wird herabgesetzt, der Hustenreiz steht still und die Ergotininjektion vermag dann um so leichter ihre hämostatische Wirkung zu entfalten. —

Während das Oedem der Lungen als terminale Komplikation bei den verschiedensten Erkrankungen äusserst oft zur Beobachtung kommt, scheint das Vorkommen eines primären akuten Lungenödems nach A. D. Strümpell zu Leipzig (Archiv d. Heilkunde, 1877, 2. Heft) zu den grossen Seltenheiten zu gehören. In den neueren Abhandlungen über das Lungenödem, soweit sie dem Verf. zugänglich waren, hat er nirgends ein primäres, ohne sonstige Affektion vorkommendes Lungenödem erwähnt gefunden; nur bei Wunderlich steht in seinem Handbuche die Angabe: „Zuweilen endlich treten Lungenödem ohne bekannte Ursachen auf und können besonders bei älteren geschwächten Subjekten rasch tödtlich werden". — Verf. theilt nun einen ohne alle bekannte Veranlassung bei einem vorher ganz gesunden und noch dazu jugendlichen Menschen entstandenen Fall von Lungenödem mit, welches in wenigen Stunden zum Tode führte. R. S., 25 Jahre alt, Kellner, wurde am 6. Juni 1876 in stark dyspnoïschem Zustande in das Spital gebracht. Er war noch vollständig bei klarem Bewusstsein und gab mit Bestimmtheit an, bis zum Morgen desselben Tages ganz gesund gewesen zu sein. Am vorhergegangenen Tage hatte er noch bis 2 Uhr Nachts seinen Dienst als Kellner versehen, sich dabei weder erkältet, noch sich besonders angestrengt. Das Zimmer, in welchem er sich befand, war nicht sehr mit Tabaksrauch gefüllt gewesen. Bier, Schnaps u. dgl. hatte er nicht in aussergewöhnlich grosser Menge zu sich genommen. Am Morgen des 6. Juni stand er ganz gesund auf und ging in den Restaurationsgarten, um dort Ordnung zu machen. Gegen acht Uhr Morgens wurde er bei dieser Arbeit, ohne jede weitere bekannte Veranlassung, mit einem Male ohnmächtig und musste in's Zimmer getragen werden. Er kam bald wieder zu sich, verspürte aber die heftigste Athemnoth und war dabei so matt, dass er Mittags $^1/_2$3 Uhr in's Spital geschafft werden musste. Bei dem mittelgrossen, ziemlich gut genährten Patienten fielen sofort starke Cyanose der Haut und der sichtbaren Schleimhäute sowie die beschleunigte und angestrengte Respiration auf. Ueber den Lungen nirgends Dämpfung, aber beiderseits vorne und hinten mässig zahlreiche feuchte Rasselgeräusche zu hören. An allen übrigen Organen liess sich nichts Abnormes nachweisen. Die Temperatur war normal, der anfangs noch leidlich volle Puls betrug 116 in der Minute. Die Pupillen gleich, von etwas unter mittlerer Weite, reagirten träge. Subjektive Klagen über grosse Athemnoth und etwas Kopfweh. Bald nach der Aufnahme einmal spontanes Erbrechen. Im Verlaufe der nächsten zwei Stunden nahm das Rasseln auf den Lungen in rapider Weise zu. Die Dyspnoe wurde immer hochgradiger und die Cyanose dem entsprechend immer stärker. Nase und Extremitäten waren zu dieser Zeit kühl. Gegen 5 Uhr Nachmittags wurde das Bewusstsein unklar, es trat Somnolenz und bald darauf Koma ein. Die Auskultation der Lungen ergab nun überall äusserst reichliches feuchtes mittelblasiges Rasseln. Der Puls wurde klein, dabei sehr frequent und bald unzählbar. Im rechten Arme wurden kurz vor dem Tode einzelne leichte Zuckungen bemerkt. Der Tod erfolgte trotz der angewandten Mittel, nämlich Brechmittel, Beizmittel, Venäsektion, faradische Reizung der Respirationsmuskeln, um 6 Uhr Nachmittags unter dem Bilde des hochgradigsten Lungenödems. Die Temperatur verhielt sich bis zum Tode völlig normal. Die am folgenden Tage — 7. Juni 1876 — stattfindende Sektion ergab folgenden Leichenbefund: Spärliche Todtenflecke, bedeutende Muskelstarre. Schädeldecken, Schädelknochen und Gehirnhäute stark hyperämisch. Das Gehirn selbst ziemlich fest, mässig blutreich, nicht ödematös; sonst nichts Abnormes daran nachweisbar. Die Lungen beiderseits mit Blut überfüllt, auf den Durchschnitten quoll überall sehr reichliches blutiges Serum hervor; nirgends war eine Infiltration aufzufinden. Das Herz stark zusammengezogen, sonst normal, nicht verfettet. In der Leber, Milz und den Nieren ausser hochgradiger Stauungshyperämie kein abnormer Befund zu entdecken. Der aus der Blase entnommene Harn zeigte keine Spur von Eiweiss. Im Magen und Darme herrschte chronischer Katarrh, an einigen Stellen erschienen kleine Blutungen in der Schleimhaut. Alle übrigen Organe boten nichts Erwähnenswerthes dar.

Der Operation des grauen Staares wurde jederzeit die grösste Aufmerksamkeit

wandt. In früheren Jahrhunderten bis zum
ge dieses war die Reklination resp. De-
on das allgemein übliche Verfahren, die
hte Linse aus dem Gesichtsfelde zu ent-
n. Erst dem Einflusse Beer's und Jae-
ist es zu verdanken, dass die Extraktion
Linse vermittelst des Lappenschnittes, die
s 1748 von Daviel angegeben war, jene
tionsmethode verdrängte. Da jedoch der
nschnitt häufig Hornhauterweiterung ne-
risvorfall zur Folge hatte, schlug v. Graefe
die modifizirte Linearextraktion vor, wel-
jetzt die allgemein übliche ist und mit
er die besten Resultate erzielt wurden.
r neuesten Arbeit Herrmann Pagen-
her's „die Operation des grauen Staa-
n geschlossener Kapsel" wird nun ein
hren besprochen, welches für die Opera-
mancher Formen von Katarakt indizirt
möchte. Bei dem Lappenschnitte und
inearextraktion wird nämlich vor der Ent-
ng der Linse die Kapsel vermittelst des
otoms geöffnet und alsdann die Linse ent-
Dabei bleibt die Kapsel stets im Auge
t. Dass es nun in vielen Fällen von
igkeit sein kann, auch diese zu entfer-
liegt auf der Hand. Schon in früheren
n empfahl neben Anderen besonders
die Entfernung der Linse in der Kap-
Alexander Pagenstecher gebührt
Verdienst, durch eine neue, von allen
angewandten erheblich abweichende
ode, die er im Jahre 1866 im 3. Hefte
„klinischen Beobachtungen" veröffent-
, jene Art der Kataraktoperation wieder
augenärztliche Praxis eingeführt zu ha-
Bis jetzt waren von ihm nur wenige
veröffentlicht worden, so dass es noch
möglich war, sich einen Ueberblick über
Resultat seiner Operationsmethode, die
einen viel tieferen Eingriff, als alle an-
gebräuchlichen Methoden, in das Auge
endig macht, zu bilden. Um so dan-
werther ist es, dass Herrmann Pagen-
her uns in einer kleinen Schrift die Er-
ngen über 353 Fälle von grauem Staar,
e von 1866 — 1875 in der Klinik seines
ers in geschlossener Kapsel operirt wur-
vorführt. Wenn dort auch im Anfange
meisten Formen von Katarakt in geschlos-
Kapsel operirt wurden, so kann Pa-
stecher doch nur für gewisse Formen
on grauem Staar seine Operationsmethode
mpfehlen. Hierher gehören die Formen, in
elchen pathologische Veränderungen in der
ngebung der Linse, besonders in der Zo-
nula Zinnii und im vorderen Theile des Glas-
körpers, vorhanden sind, und ferner jene, in
welchen die Linsenkapsel bei gleichzeitiger
Volumsabnahme oder Konsistenzveränderung
eine bedeutendere Stärke und Festigkeit zeigt.
Hierzu rechnet H. Pagenstecher alle Ka-
tarakte, welche in Folge von Iritis und Irido-
choroiditis entstanden sind, die Katarakte,
bei welchen langjährige vordere Synechieen
bestehen und solche, welche sich an sekun-
där glaukomatösen Augen finden. Weiter em-
pfiehlt sich die Operation in geschlossener
Kapsel bei der Cataracta Morgagniana, bei dem
überreifen und geschrumpften Staar, bei den
luxirten Katarakten und bei gewissen Formen,
welche aus der sogenannten Cataracta polaris
posterior hervorgehen und die gleichzeitig mit
Chorioideal- und Retinal-Leiden komplizirt
sind. Auch ist diese Operationsmethode am
Platze bei Katarakten, welche sehr langsam
reifen wie bei jenen, bei welchen direkt nach
der Schnittführung oder Iridektomie Glaskör-
per-Vorfall eintritt. — Die Operation selbst
wird folgendermassen ausgeführt: Nach gehö-
riger Atropinisirung des Auges wird mit dem
Graefe'schen schmalen Messer der Linear-
schnitt in bekannter Weise ausgeführt. Bei
der nun zu machenden Iridektomie ist es nö-
thig, die Iris möglichst tief in beiden Wund-
winkeln abzuschneiden, um einer Einklemm-
ung derselben vorzubeugen. Jetzt übt der Ope-
rateur durch sanftes Hin- und Herschieben mit
einem Platinlöffel auf den oberen Skleral-
wundrand und auf die Hornhaut selbst einen
leichten Druck aus. Hierbei stellt sich die
Linse häufig ein und wird durch ein Rotiren
des Bulbus nach unten und einen leichten
Druck mit dem Löffel auf den oberen Skleral-
wundrand entbunden. Führt dieses Verfahren
nicht sogleich zum Ziele, so setze man die
Versuche nicht länger fort, sondern führe einen
flachen Löffel hinter den Linsenäquator. Der-
selbe gleitet alsdann an der hinteren Kapsel
so weit nach unten, bis sein Rand die untere
Circumferenz des Linsenäquators umfasst. Nach
Vornahme einer leichten Rotation wird die
Katarakt nach oben gezogen, indem durch eine
Senkung des Löffels nach dem Orbitalbogen
ein leichtes Andrücken der Linse gegen die
Cornea bewirkt wird. Ein schwacher Druck
vermittelst des Kautschuklöffels auf die Horn-
haut von Seiten des Assistenten, verbunden
mit einer langsam nach oben schiebenden Be-
wegung, erleichtert die Entbindung. Was das
Verhalten des Glaskörpers anlangt, so liegt
die Gefahr eines Vorfalles desselben, da die

denselben zurückhaltende Linsenkapsel entfernt ist, sehr nahe. Oft gelingt die Extraktion der Linse, ohne dass diese Eventualität eintritt. Manchmal stösst sich der Glaskörper während der Entbindung hernienartig vor. Gewöhnlich jedoch geht derselbe nach Entfernung des Sperrelevateurs und unter Deckung des Lides wieder zurück. Geschieht dieses nicht, sondern liegt vielmehr eine konsistente Glaskörpermasse vor und verursacht Klaffen der Wunde, so kann man dieselbe vermittelst der Cooper'schen Scheere abtragen. Bei Verflüssigung des Glaskörpers ist ein Verlust weniger Tropfen ohne Belang. — Eine unangenehme Eventualität ist das Platzen der Kapsel während der Extraktion der Katarakt mit dem Löffel. Der Grund davon ist in allzugrosser Stärke der Zonula zu suchen. Tritt dieser Zufall ein, so dürfen keine weiteren Versuche gemacht werden, die Kapsel noch zu entfernen, da sich alsdann gleichzeitig fast immer starker Glaskörpervorfall einstellt. Diese Fälle erfordern später eine Diszision. — Die Nachbehandlung bei der Extraktion mit der Kapsel, sowie die Dauer der Heilung stimmt im Wesentlichen mit der der übrigen Methoden überein. Um septische Prozesse zu verhüten, empfiehlt H. Pagenstecher, unter Karbolspray zu operiren und die Verbandstücke zu karbolisiren. Wenn auch angenommen werden muss, dass durch dieses Verfahren während der Operation zufällig im Auge und an den Instrumenten befindliche septische Stoffe unwirksam gemacht werden, so schützt dasselbe doch höchstens nur in sehr geringem Maasse. Durch den Thränennasenkanal steht das Auge mit der Nasen- und Mund-Höhle in Verbindung. Auf diesem Wege können stets schädliche Bestandtheile in die Wunde dringen und so den Werth jenes Verfahrens bedeutend verringern. Abgesehen davon liegen die Dispositionen für eiterige Prozesse gewöhnlich im Auge selbst oder in unmittelbar das Auge umgebenden Theilen, z. B. im Thränenapparate. Während des Heilungsverlaufes fand Pagenstecher zuweilen, besonders bei den Fällen, in welchen Glaskörperverlust eingetreten war, am 2. oder 3. Tage Oedem der Conjunctiva bulbi, welches bisweilen den Charakter einer Chemosis annahm. Dasselbe dauerte 8 — 10 Tage. Zeigte sich die Iris und das Pupillargebiet dabei intakt, so hat er niemals schlimme Folgen davon gesehen. — Die Wunde selbst schliesst sich in etwa 80 Prozent aller Fälle nach 24 Stunden. Ist sie nach dieser Zeit noch offen, so ist dieser Umstand auf eine stärkere Entwicklung des intraokularen Druckes zurückzuführen. Ein manchmal noch bestehender oft nur stecknadelkopfgrosser Glaskörpervorfall in einem Wundwinkel bei sonst geschlossener Wunde geht unter Druckverband gewöhnlich nach 4—5 Tagen zurück. Cystoide Vernarbung hat Pagenstecher nicht häufiger bei Extraktion mit der Kapsel gesehen als bei anderen Methoden. — Von grösster Wichtigkeit bei allen Staaroperationen sind die Erscheinungen von Seiten der Iris und des Ciliarkörpers, da pathologische Vorgänge in diesen Theilen häufig den Grund des Misslingens der ganzen Operation abgeben. Nach den Erfahrungen Pagenstecher's droht dem Auge bei der Extraktion mit der Kapsel von Seiten der Iris niemals Gefahr. Primäre Iritis hat er niemals gesehen, sondern nur durch Reizung oder Entzündung des Ciliarkörpers bedingte Chorioidocyclitis. Die direkte Einwirkung zurückgebliebener Kortikalreste auf die Regenbogenhaut ist bei dieser Operationsmethode ja vollständig aufgehoben. Ebensowenig kann ein in die Wunde eingeklemmter Kapselzipfel durch seine Zerrung Iritis veranlassen. Dass durch den tieferen Operationseingriff selbst gewissermassen traumatische Entzündung der Regenbogenhaut entstehen könne, hat Pagenstecher bei seinen 353 Fällen niemals beobachtet. Was die Affektionen des Ciliarkörpers anlangt, so kann man annehmen, dass die Zerrung der Zonula bei der Operation leicht Cyclitis zur Folge haben kann. Pagenstecher beobachtete nur bei 14 Fällen entzündliche Erscheinungen jenes Theiles, welche alle Grade, von den leichten Reizerscheinungen an bis zu den perniziösen Formen, erreichten. — Die Eventualität, welche am häufigsten bei der Extraktion in geschlossener Kapsel vorkommt, ist Glaskörperverlust. Viele Operateure werden sich aus diesem Grunde nicht leicht zu jenem Verfahren entschliessen, da alsdann die Prognose jedenfalls eine nicht so günstige wird. Nach den Erfahrungen Pagenstecher's kann jedoch nur starker Glaskörperverlust, d. h. etwa über $^1/_3$ seines Volumens, von nachtheiligen Folgen sein, während geringer, bis $^1/_4$ seines Volumens, gleichgiltig welcher Konsistenz, ohne Bedeutung zu sein pflegt. Bei fester Konsistenz ist der Verlust von mehr als $^1/_4$ des Glaskörpers als ein übler Zufall anzusehen, bei flüssiger vollständig unschädlich. — In den Jahren 1866 — 1875 wurden in der Pagenstecher'schen Augenklinik zu Wiesbaden 846 Kataraktoperationen ausgeführt, darunter,

ie schon erwähnt, 353 in geschlossener Kap-
. Von diesen letzteren gelang die Opera-
n in 290 Fällen, in 63 platzte die Kapsel.
ter den 290 Fällen trat bei 106 kein Glas-
rperverlust ein, bei 116 mässiger, bei 56
rker, bei 12 Fällen wurde derselbe durch
rkes Pressen des Kranken selbst bedingt.
e Anzahl der Verluste betrug 16 (also
,%), die Anzahl der halben Erfolge 17.
lle Sehschärfe wurde in 30, halbe in 121
llen erzielt. Von den Augen, in welchen
Kapsel bei Entbindung der Linse platzte,
gen 9, also 14%, zu Grunde. Der Ge-
mtverlust bei den 353 beträgt somit 25,
o 7%.— Von den 16 Augen, welche nach
chehener Operation in geschlossener Kap-
verloren gingen, war der Erfolg 6 Male
ch primäre Panopthalmitis vereitelt. Hier
d in 3 Fällen kein Glaskörperlust, in 2 mäs-
er, in einem starker Statt. 4 Augen, bei
lchen Iridocyclitis suppurativa ein ungün-
tes Resultat veranlasste, verloren sämmtlich
r wenige Tropfen Glaskörper, ebenso zwei,
welchen Iridocyclitis chronica mit nach-
gendem Pupillarverschluss eintrat. Horn-
tvereiterung kam zweimal vor, Chorioideal-
tung mit - Ablösung ebenfalls zweimal.
e 17 halben Erfolge waren bedingt in 5 Fäl-
durch Glaskörpertrübungen in Folge von
utung. Dreimal trat Pupillarverschluss in
lge von Cyclitis ein, einmel Collapsus mit
chfolgender Xerosis corneae. Die übrigen
Fälle betrafen Katarakte, die mit Netzhaut-
lösung und Iridochorioiditis chronica kom-
inirt waren. Bei sämmtlichen Augen, mit
nahme zweier, war geringerer oder stär-
rer Glaskörperverlust vorhanden gewesen. —
ei der Betrachtung der Pagenstecher'-
hen Operationsmethode des grauen Staares
geschlossener Kapsel wird vor allen Dingen
ffallen, dass sehr selten Entzündung der
egenbogenhaut auftritt, welche bei den an-
ren Operationsverfahren häufig den Heil-
ngsverlauf komplizirt, da hier die zurückge-
iebene Kapsel und Corticalreste stets einen
ewissen Reiz auf die Regenbogenhaut aus-
iben. Ebenso ist der Grund der Cataracta
ecundaria, die sich gewöhnlich aus der zu-
ückgelassenen Kapsel entwickelt, aus dem
uge entfernt. Diese beiden Punkte bilden
en Hauptvortheil der neuen Operationsme-
hode. Als Hauptnachtheil muss der häufige
Glaskörperverlust angesehen werden, welcher
ei drei Operationen durchschnittlich zweimal
vorkommt. Wenn dieser Umstand nach den
Erfahrungen Pagenstecher's selten von
schlimmen Folgen begleitet ist, so ist doch nicht zu leugnen, dass er keine angenehme Zugabe zur Operation bildet. Die jedenfalls durch Zerrung der Zonula hervorgerufene Cyclitis, welche hier häufiger auftritt, mag Manchen ebenfalls abschrecken. Betrachten wir jedoch die Sache im Ganzen, so ist die Pagenstecher'sche Operationsmethode bei vielen Formen von Katarakt, namentlich bei solchen, in welchen sich Lockerung der Zonula und Verflüssigung des Glaskörpers nachweisen lässt, von grossem Vortheile. Bei den übrigen Katarakten mag die Graefe'sche Linearextraktion wohl die besten Chancen für sich haben. Pagenstecher selbst, der in den letzten vier Jahren 239 Augen nach dieser Methode operirte, verlor nur 9 Augen (3.8%). Mittleren Erfolg erreichte er bei fünf Fällen. (Deutsche mediz. Wochenschrift v. 16. Juni 1877, Nr. 24.)

Einer Arbeit von L. Couty „Etude relative à l'influence de l'encéphale sur les muscles de la vie organique et spécialement sur les organes cardio-vasculaires" (Arch. de Physiol. etc., 1876, S. 665) entnehmen wir im Nachfolgenden die vom Verf. selbst aus seinen Studien gezogenen Schlussfolgerungen: Untersucht sollte hauptsächlich das Verhältniss werden, in welchem das Hirn zu dem sympathischen Nervensysteme steht: die bisher gebräuchlichen Untersuchungsmethoden (Abtragung von Hirnbestandtheilen, lokalisirte Zerstörung, Durchschneidung, Reizung) haben aber bisher nur unvollkommene Resultate geliefert. Auch die Störungen, welche nach Unterbindung der Karotiden, der Vertebral- und Unterschlüsselbein-Arterien zu Tage treten, sind wechselnd, wenig ausgeprägt und durch Blutleere des gesammten Hirn-Rückenmarkes bedingt. Couty schlug daher ein anderes Verfahren ein: er injizirte kurarisirten Hunden, bei welchen entweder das Cervikalmark und die Vagi durchschnitten oder intakt gelassen waren, Lykopodiumsamen in die Karotis oder Lingualis und notirte mit Hilfe des Kymographions und nach dem Tode durch das Mikroskop (Durchforschung der obstruirten Arterien) die beobachteten Veränderungen. Die zu Anfang des Experimentes wahrzunehmenden Erscheinungen sind auf die Erregung der grauen Substanz (durch die plötzlich entstehende Anämie) zu beziehen; in den Fällen, in welchen nur das Karotisgebiet betroffen wurde, trat eine Verlangsamung der

Herzschläge ein, nach der Obstruktion des Gesammtgehirnes trat zu dieser Verlangsamung noch eine beträchtliche Vermehrung der Spannung des arteriellen Gefässsystems, wurden endlich die Gefässbahnen des Hirnes und des Cervikalmarkes verstopft, so war die Spannungszunahme sehr beträchtlich und eine Beschleunigung der Herzschläge trat sofort ein. Bei allen diesen Versuchen blieben Magen und Darm unverändert. Das Grosshirn beherrscht demnach die Herzbewegungen, das Mittelhirn enthält allein, mit Ausschluss des Grosshirnes, die in allen seinen Theilen zerstreut liegenden gefässverengernden Elemente. Die Anämie des Mittelhirnes ist ein der faradischen Reizung derselben Hirntheile analoger Reiz; die Anämie des Grosshirnes ist aber in ihren Effekten durchaus von den Wirkungen lokalisirter Hirnrindenfaradisation verschieden; nach Couty wirkt die elektrische Reizung der Rinde allein auf die weissen Rindenfasern und erst mittelbar durch sie auf das Mittelhirn. — Die am Herzen und an den Gefässen nach der Obstruktion der Hirngefässe zu beobachtenden Erscheinungen sind von einander unabhängig, weil sie jede für sich je nach dem der Zirkulation beraubten Hirntheile entstehen können und weil sie auf verschiedenen Leitungsbahnen nach abwärts verlaufen. Die die Herzschläge regulirenden vom Grosshirne ausgehenden Nerven (am Halse in den Nervis vagis enthalten) durchlaufen alle das Rückenmark und verlassen dasselbe in der Mehrzahl durch das zweite und dritte Paar; die vom Gehirne entspringenden Gefässnerven verlaufen 1) innerhalb der Hirnnerven, 2) in den Rückenmarksnerven; einer dieser Leitungswege genügt, um eine Aenderung der Spannung von 10—20 Cm. hervorzubringen. — Nach den durch die Anämie hervorgerufenen Reizungserscheinungen treten paralytische auf, welche bei Unterbrechung der Zirkulation im ganzen Gehirn folgendermassen ablaufen: I. Periode: Erregung des Hirnes, Vermehrung des Blutdruckes um 10—20 Cm., Verlangsamung der Herzschläge von 200 auf 50, ja sogar 30. II. Periode: 6—10 Minuten nach dem Aufhören der Hirnzirkulation Lähmung des Hirnes, Abnahme des Blutdruckes, Beschleunigung der Herzschläge — bis dahin ist das Mark noch intakt: es ist das die Herzschläge beschleunigende Organ und bildet ein unabhängiges vasomotorisches Centrum. III. Periode: 35—50 Minuten nach der eingetretenen Obstruktion tritt auch Lähmung des Markes ein, der Blutdruck gleich Null, allmälig tritt vollständiger S stand des Kreislaufes ein, hierdurch wird die mangelhafte Ernährung und der endl Tod der grauen Substanz bewirkt. Bei ständiger Lähmung der Gefässe tritt eine gemeine Verbreiterung der Blutbahn ein, Arterien verlieren ihre Spannung, der K lauf wird sistirt. Das Herz enthält kein mehr, zieht sich aber noch regelmässig 8 Minuten nach dem Abfalle der Spannung sammen, dann schlägt es allmälig langs und steht nach 30 — 40 Minuten ganz Diese Störungen der Herzbewegung (nach Lähmung der peripheren Gefässe eintret sind abhängig von dem Aufhören der N ungszufuhr zu den Geweben des Herzens Sind die Nervencentren gelähmt, so bew Respirationshemmung weder Herzstill noch Blutdrucksteigerung; dagegen wird durch eine lebhafte und andauernde Erreg des Magens und der Därme bedingt. Die phyktischen Erscheinungen sind also, das Herz und die Gefässe betrifft, durch Hirn - Rückenmarkssystem bedingt, in B auf die Baucheingeweide aber durch die pathischen Ganglien. Zwei Muskelsysteme man demnach im Bereiche der sympathis Nerven zu unterscheiden: das eine, we von dem Centralnervensystem direkt abh ist, und ein davon fast ganz unabhängig

A. Annuschat sucht in einer Reihe Versuchen die Frage, wie sich die G zur Bleiaufnahme und Bleiabgabe hält, zu entscheiden. In der ersten suchsreihe brachte derselbe Kaninchen bestimmte Menge Bleizucker in den M und legte sofort eine Gallenfistel an; in zweiten Reihe von Versuchen wurden Thiere mehrere Tage lang mit Bleizucker füttert und alsdann eine Gallenfistel angel Es ergab sich nun, dass die Resorption Bleies bis zu einem Dritttheile der eingefü ten Menge vom Magen und Darm aus st finde. In der Galle konnte Verfasser s Blei nachweisen und zwar in Mengen, die dem eingeführten Blei in geradem Verhä nisse standen. Nach dem Aufhören der Bl zufuhr hört jedoch fast sofort die Ausschei ung des Bleies durch die Galle auf, währe die Leber dann noch Blei enthält. (Arch. experim. Path. u. Pharmak., Bd. VII Hft

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlang
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

28. *Erlangen*, am 14. Juli 1877.

entlich
gen von
rtseiten.
jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Gefahren des Lufteintrittes in die Venen während einer Operation. Wirkung der Schwefelwässer auf latente Syphilis. Ueber Hodentuberkulose. Ueber den Shok grosser Verletzungen und Operationen nebst Mittheilungen über Laparotomieen. Ueber animale Vaccination. Zur Entwicklung der Blasenbrüche. Apparat zur Berechnung der Ausdehnung der Lungenspitze während der Inspiration. Fall von Zoster traumaticus.

Dem klinischen Vortrage Nr. 113 der kmann'schen Sammlung „Ueber die ahren des Lufteintrittes in die en während einer Operation" von Dr. H. Fischer zu Breslau entnehmen Folgendes: Im Jahre 1874/75, als die sfusion des Blutes gerade wieder als eine so hell brennende wie schnell verglimmende sfrage auftauchte, hat Verfasser eine e von Versuchen über den Lufteintritt die Venen an Kaninchen angestellt und ist ei zu folgenden Resultaten gekommen: Bei einem breiten Schnitte durch die Vena ularis interna unten am Halse trat konstant, einem solchen durch die Vena axillaris t am Thorax in der Mehrzahl der Fälle wenigen Minuten der Tod des Thieres nach tlich hörbarem Eintritte der Luft in die en unter den Erscheinungen der heftigsten emnoth ein; bei Verletzungen der Vena jularis externa und cruralis niemals. (Hiebei zu bemerken, dass schon Berard 1830 anatomischen Bedingungen festgestellt te, welche beim Menschen und den meisten gethieren die Venen der vorderen Halsend, der oberen Partieen des Brustkastens der Achselhöhle im Falle ihrer Verwung besonders geeignet machen für den sponen Lufteintritt. Derselbe kann sich nach Untersuchungen dieses Forschers nur dann gnen, wenn die verletzte Vene blutleer ist nicht zusammenfällt, sondern klafft. rard fand nun, dass dies, ausser den Hirnus und den Lebervenen, auch die obere Hohlader, die Vena jugularis interna, die Subclavia und Axillaris thun, weil dieselben durch feste fibröse Massen mit den von ihnen durchbohrten Faszien und den benachbarten Theilen vereinigt sind. Sie bleiben daher gleich leblosen Kanälen offen, wenn sie verwundet werden.) Bei der sofort vorgenommenen Eröffnung der Thiere fand sich das rechte Herz erweitert, mit Luft und schaumigem Blute erfüllt, ebenso die Arteriae pulmonales bis in ihre kleinsten Verzweigungen. 2) Legt man in die grossen Venen des Körpers einen soliden Hohlcylinder, setzt man also dieselben Bedingungen, welche an den Venen des Halses und des oberen Brustkastens bestehen, so tritt der Tod des Thieres auch ein, doch erst nach 5—15 Minuten unter allmälig sich steigernder Unruhe und stetig wachsender Athemnoth. Mir ist dies an der äusseren Drosselvene, an der Armvene und der grossen Schenkelvene regelmässig gelungen. Die sofort vorgenommene Sektion der Thiere ergab denselben Befund wie sub 1—3. Wurde den Kaninchen forcirt und schnell eine grosse Quantität Luft in die Venen eingeblasen, so konnte man von allen Venen des Körpers, auch den kleinsten, einen jähen Tod der Thiere unter den Erscheinungen der Erstickung hervorrufen. Wurde die Luft langsam aber konstant eingetrieben, so starben auch sämmtliche Thiere. Beim langsamen und unterbrochenen Eintreiben konnten die Thiere nur dann am Leben erhalten werden, wenn wir sehr geringe Quantitäten Luft verwendeten, also in einer halben

Stunde nicht über 10—20 CC. gingen. Es erscheint somit nach meinen Versuchen das Eindringen von Luft in die Venen unter allen Umständen höchst gefährlich und auch das langsame Eintreten kleinerer Quantitäten weit schlimmer als es nach den Versuchen von Uterhart, Laborde, Muron und besonders von Pirogoff vermuthet werden könnte, welch' Letzterer behauptet, er habe die grosse, im Charrière'schen lithotriptischen Etui befindliche Spritze voll Luft im Verlaufe von $^1/_2$—$^3/_4$ Stunde 8—10 Mal und öfter in das rechte Herz entleert, ohne den geringsten Nachtheil zu beobachten." — Ist die Luft einmal in die Venen eingedrungen, so gelangt sie von da leicht in das rechte Herz vermittelst der Aspiration des Veneninhaltes nach dem Thorax zu: diese Aspiration ist ihrerseits wieder die nothwendige Folge des negativen Druckes, welcher für gewöhnlich in der Brusthöhle sich geltend macht und welcher höchstens bei stark forcirter Exspiration in einen positiven umgewandelt werden kann. Ueber die Art und Weise, wie der Tod der Thiere durch den Lufteintritt veranlasst wird, sind verschiedene Meinungen geäussert worden und glaubte man, die Luft wirke giftig, sie unterdrücke die Hirnthätigkeit, sie rufe Herzlähmung hervor etc. Nach Verfasser jedoch ist das lebenraubende Symptom, welches man bei den Versuchsthieren beobachtet, die Erstickung, und diese tritt nach Panum in folgender Weise ein: In schneller Flucht gelangt die Luft als eine nur durch spärlich aus Seitenästen zuströmendes Blut wenig unterbrochene Säule in die Lungenarterie, woselbst sie gleich einem grossen Embolus wirkt, welcher für Augenblicke die Blutzirkulation unterbricht und momentan dem linken Ventrikel die gewohnte Füllung des in der Lunge neu belebten Blutes entzieht und eine Anämie des Gehirnes hervorruft. Aus diesen Vorgängen erklären sich leicht die Symptome der Erstickung und die Konvulsionen, welche man bei den Thieren beobachtet. Da jedoch nicht alle Thiere zu Grunde gehen, bei welchen Luft in die Venen gelangte, so entsteht die Frage, wo die Luft in solchen Fällen hinkommt? — Dieselbe kann entweder durch die geöffnete Vene während der Exspiration wieder entleert werden, besonders wenn — wie fast immer — die Thiere im Momente des Lufteintrittes laut aufschreien, also eine forcirte Exspirationsbewegung machen und dadurch den Druck im Thorax in einen positiven umwandeln, so dass Blut und mit demselben die aspirirte Luft wieder zu der Venenwunde ausgepresst wird. Oder zweitens in Fällen, in welchen kleinere Quantitäten Luft in grösseren Zwischenräumen eingeführt werden, wird dieselbe offenbar vom Blute absorbirt und unschädlich gemacht, in analoger Weise wie z. B. die Luft, welche bei Lungenverletzungen spontan unter die Haut strömt und das sog. traumatische Hautemphysem bildet. — Auf die Möglichkeit des Lufteintritts in eine bei einer Operation verletzte grosse Vene beim Menschen ist man erst seit dem Jahre 1818 durch einen von Beauchêne (bei der Exstirpation einer auf dem rechten Schlüsselbeine und auf der rechten Schulter sitzenden Geschwulst) erlebten Unglücksfall, welchen Magendie auf das zufällige Eindringen von Luft in die verletzten grossen Venen zurückführte, aufmerksam geworden. Bis zum Jahre 1839 konnte Amussat schon 32 solcher Fälle zusammenstellen, von welchen der Verfasser jedoch nur fünf als unzweifelhaft hierher gehörig erscheinen, und Greene hat im Jahre 1864 67 Fälle (mit Einschluss der eben erwähnten 32) von Lufteintritt in die Venen bei Menschen während einer Operation gesammelt. Seit dieser sorgsamen Zusammenstellung (die grösste Mehrzahl der Beobachtungen ereignete sich bei der Entfernung von Geschwülsten am Halse, an der Brust und Achselhöhle) hat man nur einige kurze Beobachtungen über den Tod durch Lufteintritt bei Operationen veröffentlicht und auch diese sind von sehr fraglichem Werthe gleichwie eine nicht unbedeutende Zahl der Greene'schen Fälle. „Rechnet man nun aber auch alle die zweifelhaften und ganz zu verwerfenden Beobachtungen ab, so bleibt doch immer noch eine grosse Zahl sorgfältig beobachteter und unbestreitbarer Fälle bestehen, in welchen durch Eindringen von Luft in die verletzten Venen während einer Operation Menschenleben gefährdet oder vernichtet wurden. Der gewissenhafte und sorgfältige Chirurg muss daher die hohe Gefahr dieses Ereignisses beständig im Auge haben und auf Mittel sinnen derselben wirksam zu begegnen." Fischer gibt daher den Rath, bei der Auslösung von Geschwülsten am Halse mit Musse anatomisch präparirend zu verfahren und nach Langenbeck die grossen Gefässe erst oberhalb und unterhalb des Tumors frei zu legen, ehe man an die Wegnahme derartiger Geschwülste geht, damit man jederzeit die etwa verletzten Gefässe unterbinden oder komprimiren kann. „Ist aber eine aspirirende Vene verletzt, ohne dass es der Operateur gemerkt

so muss die Luft nothwendig in dieselbe
ömen. Dass dieses Ereigniss dennoch
er eintritt, als man es nach den experi-
llen und physiologischen Thatsachen er-
n sollte, liegt wohl darin, dass die ver-
Vene vom Blute überströmt, durch
ela oder Geschwulstmassen bedeckt oder
wusst von dem Operateur oder dem As-
ten komprimirt gehalten wird. Treten
die Zeichen des Lufteindringens in die
n ein (ein zischendes oder pfeifendes Ge-
h an der Stelle der Venenwunde), wel-
sich bei der Inspiration einige Male wie-
len kann, ein plötzlicher Angstschrei
Seite des Patienten, welcher blass und
lichtig wird, erschwerte Athmung, bis-
n Konvulsionen, schwacher, kaum fühl-
Puls, heftige unregelmässige Herzkon-
ion, schneller Tod), so hat der ruhige
schlagfertige Chirurg nur zwei Aufgaben.
rderst muss er durch schleunigen Ver-
ss der klaffenden Venenwunde dem Ein-
neuer Luftmassen steuern. Dies ge-
ht am besten durch Digitalkompression.
zweite Aufgabe besteht in der Entfernung
aspirirten Luft durch Anregung starker
irationsbewegungen, wie Husten, Niessen,
hen." — Fischer's Vortrag schliesst mit
Worten: „Treten nach dem Lufteintritte
geschilderten schweren Folgezustände ein,
irbt der Kranke, ehe man gegen dieselben
die auch meist ganz unnützen Verfahren
ienige setzen kann."

as Vermögen der Schwefelwässer, der latenten Syphilis die Symme der Krankheit wieder zur Erscheinung zu bringen, bespricht Dr. J. und Güntz zu Dresden (Dresden, 1877, Pierson, gr. 8. S. 16). Schon früher hat elbe die Ansicht aufgestellt und vertreten, unter dem Einflusse der Schwefelwässer Symptome der latenten Syphilis zum ille desshalb wieder zum Vorscheine kom-, weil dadurch das Quecksilber aus dem per eliminirt werde und das im Körper vorhandene Syphilisgift wieder zur freien altung kommen könne. Um den Beweis für zu liefern, hat er Versuche angestellt, welchen er das Quecksilber nach der selbst äusserst minimale Mengen noch zuverlässi- Methode von Ludwig nachwies. Da selbst ein Jahr lang nach der letzten Einbung von Quecksilber nach dem Tode des Kranken noch solches in der Leber vorgefunden hat, nahm Güntz an, dass mit der Ausscheidung noch nicht die Gegenwart des Quecksilbers im Körper aufhöre, und versuchte, wenn er keines mehr im Harne nachzuweisen vermochte, ob die Ausscheidung nicht durch Anwendung von Schwefelwasser wieder in Gang gebracht werden könnte. In der That geschah dieses in einer Reihe von Fällen, bisweilen schon nach zwei Tagen, spätestens aber am 14. Tage nach der Anwendung des Schwefelwassers, in einem Falle dauerte diese Ausscheidung bis in die achte Woche nach Unterbrechung der Quecksilberkur fort. Im Körper findet sich das Quecksilber als Albuminat und durch den Einfluss der Schwefelwässer wird ein Eiweisszerfall eingeleitet, der sich durch einen vorübergehend bleichsüchtigen Zustand, durch Abnahme des Umfanges von Leber und Milz so wie durch die Vermehrung der Harnstoffausscheidung erkennen lässt, die nach Verfassers Untersuchungen die Norm um das Doppelte übersteigen kann. Zum Theile kann diese Vermehrung der Harnstoffausscheidung beim Gebrauche von Schwefelwässern allerdings auf Rechnung der vermehrten Wasseraufnahme zu bringen sein, doch kann sie daraus allein nicht erklärt werden, denn einestheils fand Güntz, dass bei Verminderung der Menge des aufgenommenen Schwefelwassers die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes noch stieg, anderntheils kann die Sauerstoff entziehende Wirkung der Schwefelwässer die Vermehrung der Harnstoffausscheidung erklären. Diese Entziehung des Sauerstoffes, die den Eiweisszerfall in auffälliger Weise anregt, wird noch durch die Herabsetzung der Herzthätigkeit und der Respiration, wie sie nach dem Gebrauche von Schwefelbädern eintritt, erhöht. — Das Kontagium der Syphilis muss man sich nun nach Güntz an die Eiweisskörper im Allgemeinen und nicht bloss an die Blutkörperchen ausschliesslich in irgend welcher Form organisch gebunden denken, wofür einestheils ein Fall spricht, in welchem Syphilis durch subkutane Injektion von Milch übertragen wurde, anderntheils die Uebertragung der Syphilis durch die Samenflüssigkeit selbst dann noch, wenn das Blut keine Anstrengungskraft mehr besitzt und die Syphilis latent erscheint. — Wenn nun die Eiweisskörper in Zerfall gerathen, so wird auch das an ihnen haftende Syphiliskontagium in veränderte Beziehungen und Lebensbedingungen kommen, es wird als Theil eines zerfallenen

Eiweisskörpers auch als Zerfallsprodukt desselben mit anderen organischen Elementen wieder verbunden. So lange das Syphiliskontagium noch fähig ist, sich von organischen Elementen fesseln zu lassen, so lange besteht noch die Syphilis im Körper, im entgegengesetzten Falle muss das Syphiliskontagium als nicht mehr lebensfähig im Körper in irgend einer Weise weiter zerfallen und theilweise oder auch ganz als eines der Endprodukte des Stoffwechsels aus dem Körper ausgeschieden werden. Bei einer Schwefelwasserkur bei Syphilis besteht das eine der Endprodukte in der Vermehrung der Harnstoffausscheidung, das andere, für den Fall, dass Syphilisprodukte mikroskopisch sichtbare Veränderungen eingehen, z. B. darin, dass sich Plaques resorbiren, makroskopisch sichtbar zerfallen und sich unter dem Mikroskope als fettiger Detritus zeigen, also die Kohlehydrate das andere Endprodukt des zerfallenen Eiweisskörpers darstellen. Noch deutlicher und schneller lässt sich dieser Vorgang beobachten, wenn nach einer vorbereitenden Kur mit Schwefelwasser Einreibungen mit grauer Salbe vorgenommen werden. Es findet dann ebenfalls eine Vermehrung der Stickstoffausscheidung im Harne, ein Massstab für den Zerfall der Eiweisskörper, Statt und die Plaques werden rasch resorbirt und in Fettdetritus umgewandelt; ebenso sind die opalinen Flecke von Lippen, Zunge u. s. w. fettiger Detritus, unter dem Einflusse des zellentödtenden Quecksilbers in fettiger Umwandlung begriffene, zuletzt aber dem Detritus anheimfallende Gewebselemente syphilitischer Produkte, die als heterologe Gebilde ebenso wie kranke Zellen dem Quecksilber weniger widerstehen als gesunde Zellen. Gleichzeitige Abnahme des Körpergewichtes bei eiweissarmer Kost lässt für die klinische Beobachtung den Verlust an eiweisshaltiger Körpersubstanz erkennen. — Wenn Syphilis im Körper latent vorhanden ist, so wird das an die Eiweisskörper gebundene und mit diesen im Organismus in fortwährender Wechselbeziehung lebende Kontagium durch den in Folge einer Schwefelwasserkur eintretenden Zerfall der Eiweisskörper in veränderte organische Kombinationen gebracht und es wirkt ähnlich wie beim Anfange der Krankheit auf Blut, Lymphe und Gewebssaft und hierdurch mittelbar durch Austausch auf die Substanz der verschiedenen Organe, an die es sich zu binden und so von Neuem Symptome hervorzubringen vermag. Dass das Sichtbarwerden der vorher latenten Syphiliserscheinungen in eine entsprech
Beziehung zu den erwähnten Erscheinu
des Stoffwechsels gebracht werden muss,
man daraus, dass zur Zeit der Eruption
philitischer Symptome ebenfalls verme
Harnstoffausscheidung vorhanden zu sein p
wie nach Güntz's Beobachtungen überh
im Anfangsstadium aller mit Exanthemen
bundenen fieberhaften Krankheiten zur
des Ausbruches der Exantheme, bei wel
sie allerdings eine Theilerscheinung des Fieb
immer indessen ein Massstab für den Ze
der Eiweisskörper ist. Dass diese Zuna
der Harnstoffausscheidung bei fieberha
Krankheiten als Massstab für den Zerfall
Eiweisskörper zu betrachten und nicht
der Höhe des Fiebers in Zusammenhang
bringen ist, geht schon daraus hervor,
sie nicht immer zur Zeit des höchsten Fie
am grössten ist, sondern oft erst einige T
später. Bei Menschen bewirkt künstliche
höhung der Temperatur Vermehrung der H
stoffausscheidung, bei Kaninchen, wenn
bis zum Tode fortgesetzt wird, Gerinnung
Eiweisskörper. Auch bei fieberlosen Kra
heiten kommt vermehrte Stickstoffausscheid
gleichzeitig mit Fettentartung (Eiweisszerf
vor, so bei Diabetes und akuter Phosphor
giftung. — Aehnlich wie die Schwefelwä
wirkt auch die früher bei Syphilis viel
angewandte Hungerkur, den Eiweisszerfall
regend, jedoch ohne die Stickstoffausscheid
durch den Harn zu vermehren. Wenn
bei einer Entziehungskur aber die Sympto
der Syphilis verlieren, kommen sie doch m
wieder zum Vorscheine; wenn die Ernähru
sich wieder hebt, weil die Syphilisprodu
nicht vernichtet, sondern nur resorbirt war
immer in steter Wechselbeziehung zu all
konstituirenden Elementen des Körpers
diesem vorhanden blieben. Für einen stic
stoffhaltigen Körper darf man deshalb ab
das Syphiliskontagium durchaus noch nic
halten, möglicherweise kann dies zwar d
Fall sein, ebensogut kann es aber auch stic
stofffrei sein, nur für einen Theil des Eiwei
körpers ist es nach Güntz zu halten.

In einer Besprechung der bisher unter de
Namen „Hodentuberkulose" zusammen
gefassten Erkrankungsformen kommt J. Gaul
zu dem Schlusse, dass eben das Bestreben
diese Erkrankungen auf das Vorhandensein
von Hodentuberkeln zurückzuführen, für da

ständniss hinderlich gewesen sei. An der d einer Tabelle, in der er 18 in der Li- tur genauer beschriebene Fälle in der se zusammengestellt hat, dass die bei den rankungen vorkommenden Veränderungen einzelnen Gewebselemente untereinander lichen werden können, zeigt er, dass man Zahl der Schemata für Hodentuberkel, denen man bereits mehrere besitzt, noch ehren müsste, wollte man die vorkommen- Veränderungen auf dieselben zurückfüh- Dabei würde immer noch die Erkrank- des Drüsengewebes, welche im Verlaufe allerwichtigste Rolle spielt, ganz vernach- igt. Dass dieses und das Aufstellen einer ahl von Arten von Hodentuberkeln, die hts Charakteristisches unter einander ge- in haben, das Verständniss nicht fördern rde, erscheint klar. — Gaule hat nun bst 16 Fälle von Hodentuberkulose einer auen Untersuchung unterworfen und gibt e detaillirte Beschreibung der Veränder- gen, welche sich hierbei an jedem einzelnen webselemente des Hodens fanden. Stellt n diese zusammen, so ergibt sich, dass mtliche Veränderungen sich aus einem igen pathologischen Prozesse ableiten las- , dessen Chronologie vollständig mit dem kannten klinischen Verlaufe der Hoden- erkulose übereinstimmt. Es handelt sich einen käsig-ulzerösen Katarrh, der in der idymis beginnt und von dem Epitel auf Wandung der Kanälchen und das um- ende interstitielle Bindegewebe übergeht. ld mehr innerhalb des Kanälchens, bald hr im interstitiellen Gewebe fortschreitend, ht der Prozess zunächst auf das Corpus ghmori und die Septa testis, dann auf das biet der gewundenen Kanälchen über. Nach r Peripherie des Hodens rückt der Prozess it abnehmender Intensität und zwar, je nach- m mehr oder weniger Kanälchen ergriffen nd, bald in geschlossener Phalanx, bald hr disseminirt vor. In letzterem Falle ommt es häufig zur Bildung fibröser Knöt- hen, welche seither als Hodentuberkel im Sinne von Rindfleisch aufgefasst wurden, von dem Autor aber als Analoga der bei der Phthisis pulmonum vorkommenden peribron- chitischen Knötchen nachgewiesen und daher als perispermatophoritische Knötchen bezeich- net werden. Aus dieser Skizzirung ersieht man schon ganz deutlich, dass der ganze in Rede stehende Krankheitsprozess die grösste Aehnlichkeit mit der Phthisis pulmonum hat. Es gelingt dem Verfasser in der That, in den anatomischen Veränderungen die vollständige Analogie der beiden Prozesse durchzuführen und er weist dann weiter auf die bekannte Thatsache hin, dass beide Erkrankungen stets bei derselben Art von Diathese vorkommen und sogar meistens in demselben Individuum sich kombiniren. Daher schlägt er vor, alle diejenigen Erkrankungen des Hodens, bei welchen sich der von ihm geschilderte Prozess findet, in Zukunft nicht mehr als Hodentuberkulose, sondern als Phthisis testis zu bezeichnen. — Die in der Literatur als Hodentuberkulose verzeichneten Fälle fallen hiernach sämmtlich unter die Kategorie Phthisis testis mit Ausnahme jener, bei welchen wirkliche Miliartuberkel im Bindegewebe auftreten — also Fälle, wie sie bei akuter allgemeiner Miliartuberkulose beobachtet werden. Diese bestehen als eigentliche Hodentuberkulose neben der Phthisis testis, wie die eigentliche Lungentuberkulose neben der Phthisis pulmonum. Gebilde, welche mikroskopisch und makroskopisch das Bild des miliaren Tuberkels nachahmen, kommen übrigens auch bei der Phthisis testis vor und sind sogar für ein gewisses Stadium des Prozesses typisch. Diese Gebilde entstehen jedoch nicht im Bindegewebe, sondern sind eigenthümliche Umwandlungsprodukte des Epitels und der Wandung der Kanälchen unter dem Einflusse des entzündlichen phthisischen Prozesses. Sie werden daher von Gaule, welcher an der Virchow'schen Definition des Tuberkels festhält, nicht als Tuberkel aufgefasst. Der Nachweis, dass bei einer den wirklich tuberkulösen Erkrankungen so nahe stehenden Krankheit, wie der Phthisis testis, Gebilde auftreten, die im Aussehen sich durchaus nicht von Tuberkeln unterscheiden, aber eine ganz andere Entstehungsgeschichte haben, ist jedenfalls für die Tuberkulosenfrage von Bedeutung. Verfasser deutet die Möglichkeit an, dass auch bei der Tuberkulose anderer drüsiger Organe, z. B. der Niere, ähnliche Verhältnisse vorliegen, hat aber darüber ausgedehntere Beobachtungen nicht machen können. (Virchow's Archiv 69. Bd. 1877 Heft 1 und 2.)

Einem grösseren Aufsatze von Prof. Dr. Nussbaum zu München „Ueber den Shok grosser Verletzungen und Operationen nebst Mittheilungen über Laparatomieen" (Aerztliches Intelligenzblatt 1877 Nr. 11) entnehmen wir Folgendes: Mit der fortschreitenden Entwick-

lung der medizinischen Wissenschaft hat die Zahl der am sogenannten Shok, der akuten Herzparalyse, Gestorbenen immer mehr und mehr abgenommen. Die pathologische Anatomie hat nachgewiesen, dass mancher neuroparalytische Shok thatsächlich als eine akute Septikämie sich herausstellte. Wie schnell putride, das Zellenleben ertödtende, also auch die Herzthätigkeit lähmende Stoffe zur Resorption gelangen können, zeigt am besten die neuerdings von Wegner nachgewiesene überraschend rapide und leichte Absorptionsfähigkeit der Peritonealoberfläche, da sie an Ausdehnung nahezu der ganzen Körperoberfläche gleichkommt und in den zwischen den Endotelien offenstehenden Stomata recht bequeme Abzugskanäle besitzt. Weiterhin wird nicht selten der Shok durch relativ übermässige Blutverluste gerade bei alten Leuten vorgetäuscht, denen es vielleicht einige Tage lang nach der Operation scheinbar ganz gut geht, bis sie plötzlich und unaufhaltsam kollabiren. Nach Nussbaum's Ueberzeugung wurde in solchen Fällen der Tod in Folge von Blutmangel nur durch den Parenchymsaft aufgehalten, welcher als zwischen das Blut und den Zelleninhalt eingeschobenes Glied der Ernährung anzusehen sei. Ist dieser verbraucht und gestattet die Rigidität der Membranen bei dem geschwächten Blutdrucke seinen Wiederersatz nicht, so tritt eben der Tod ein. Ein eben so unerwarteter Kollapsus rafft manchmal auch junge Leute hin, welche durch eine Gewaltthätigkeit oder einen operativen Eingriff eine erhebliche Knochenverletzung erlitten haben. Czerny beobachtete so den Tod in zwei Fällen nach einer einfachen Fraktur der Röhrenknochen. Als Ursache dieses letalen Ausganges ist nun von Virchow, Bergmann, Czerny, Wagner und Busch eine Fettembolie der Lungen von dem zermalmten Knochenmarke aus nachgewiesen worden. Schliesslich erscheint es auf Grund der ausgezeichneten Wegner'schen Experimente sehr wahrscheinlich, dass oft bei Operationen in der Abdominalhöhle eine starke Abkühlung des Bauchfelles unter dem Bilde eines Shoks den Tod bedingt hat. Bei der grossen Quadratfläche des Bauchfelles muss die Wärmeentziehung, zumal unter dem Einflusse der nach Aufhebung des übermässigen intraabdominellen Druckes nothwendig eintretenden Kongestion und der schnellen Verdunstung des dem Bauchfelle anhaftenden Serums, leicht begreiflicher Weise eine bedeutende sein. Kälteapplikation auf den blossgelegten Darm bewirkt experimentell plö[tz]lichen Herzstillstand. Dagegen konnte We[g]ner den Tod mit blossgelegtem Darme d[er] liegender Versuchsthiere durch Zuleitu[ng] warmer Dämpfe um 7—8 Stunden ve[r]zögern. — Während therapeutisch gegen den senilen Marasmus und die Fettembo[lie] sich kaum etwas von sicherem Erfolge th[un] lässt, haben wir gelernt prophylaktisch [die] Septikämie fernezuhalten und können [wir] auch Manches dazu beitragen, um die A[b]kühlung des Bauchfelles bei eingreifender[en] Operationen an demselben nicht einen tö[d]lichen Grad erreichen zu lassen. Man wird sich bestreben, möglichst rasch zu operire[n] keine Darmschlinge überflüssiger Weise hi[n] und herzulegen, während der Operation sch[on] warm decken, in warmem Raume arbeit[en] und Schwämme, Instrumente, antiseptisch[e] Lösungen nicht kalt anwenden. Währe[nd] man früher das Peritoneum für ein sehr v[er]nerables Gebilde hielt, haben wir es jetzt v[on] einer ganz anderen Seite kennen gelernt u[nd] man kann mit genauer Berücksichtigung d[er] eben Gesagten sich tiefe Eingriffe erlaube[n]. Der Prozentsatz der Heilungen bei Ovariotomieen ist seit Jahren bedeutend in die Höh[e] gegangen und Nussbaum hält es nun auch an der Zeit, häufiger Laparotomieen zu mache[n] und die Ursache innerer Darmverschlüsse nicht erst die Anatomen entdecken zu lasse[n]. Er machte eine Laparotomie bei einem junge[n] Manne, der einen doppelten Leistenbruch ge[-] habt und nach Reposition des etwas schmerz[-]haft gewordenen rechten Bruches einen [2] Tage lang dauernden Ileus bekam. Da nicht [auf] von den angewandten Dingen half, ging Ver[f.] an die Operation nach strenger Lister'scher Methode. Er fand rechts vom Nabel den Dünndarm durch eine Risstelle des mit-reponirten Bruchsackes fest eingeklemmt und befreite ihn durch Debridement des einklemmenden Ringes mittelst eines stumpfen Tenotoms. Darauf führte er im unteren Wundwinkel ein Drainrohr bis in den Douglas'schen Raum hinein, schloss die in der Linea alba angelegte Wunde durch Nähte und applizirte den Lister'schen Verband. Patient verlor wie durch Zauberschlag alle vom Darme ausgehenden Beschwerden und genas vollständig. — Nussbaum spricht zum Schlusse die Hoffnung aus, dass man jetzt auch den Beckentumoren wird zu Leibe gehen und eine Radikaloperation der Hernien durch Zusammennähen des Bruchsackhalses von innen her wird machen dürfen. —

Kommissionsbericht „über die ani- Vaccination“ in Belgien entnehmen lachfolgendes: Das Staats-Impfinstitut ssel ist im Juli 1868 mittelst königl Erlasses gegründet worden. Es wurde ologischen Garten etablirt und steht Leitung des Dr. Warlomont. Zur des Besuches der Medical Examiner- ission fand gerade eine Impfung Statt. ngefähr drei Monate altes Kalb, welches ünf Tagen geimpft worden war, wurde inem besonders konstruirten Tische be- , wobei sich auf einer abgeschorenen der Regio inguino-mammaria Gruppen leinen Pusteln präsentirten. Der Inhalt ben wurde mittelst eines einfachen und ichen Verfahrens (wahrscheinlich Er- der Pustel an der Basis mit einer erpincette bis zum Bersten und Aus- des Inhaltes) zum Hervorquellen ge- und theils zur Impfung eines anderen benutzt, theils zur Versendung auf- irt. — Nun wurde das Thier entfernt, nderes Kalb hereingebracht und auf die- Weise fixirt. Man rasirte zunächst dem en den Unterleib ab und mit einer mit he von dem vorigen Kalbe bestrichenen tte wurden etwa 50 kleine Inzisionen r Richtung der Axe des Thieres ge- Die Inzisionen stehen etwa einen von einander ab und derselbe Zwischen- wird zwischen den einzelnen Inzisions- eingehalten. Die Stiche jeder Reihe pondiren mit den Zwischenräumen der en Reihen, eine Anordnung, welche die Entwicklung der Pusteln und ihrer Areo- laubt. — Nach beendeter Operation be- gte die Kommission das Institut, welches vier Räumen besteht. Der grösste der- dient als Wartesaal für die Armen, die en enthalten einen Wartesaal für die habenden, ein Ordinationszimmer und orrathslokal, welches mit der Farm des gischen Gartens in Verbindung steht. Mittheilungen des Dr. Warlomont en die Kälber dem Institute für die Dauer Tagen überlassen und während dieser mit Eiern und Milch genährt. Ende der e werden sie dem Eigenthümer wieder erstattet. Auf diese Art wird eine un- brochene Transmission der Kuhpocken Kalb zu Kalb bewirkt, seit M. Petry, ied der belgischen Akademie der Medizin, Fall von Kuhpocken zu Esmeux bei ch entdeckt hat. In gewöhnlichen Zeiten gen zwei Kälber wöchentlich, aber in der Epidemie von 1870—71 wurde jeden Tag ein Kalb requirirt. Dr. Warlomont sprach sich der Kommission gegenüber dahin aus, dass der Pustelinhalt nur 24 Stunden lang wirksam sei. Im Sommer reifen die Pusteln in 5 Tagen, im Winter in 6. Mit diesem Impfstoffe wurden 1870—71 in Belgien 96% Haftungen erzielt, während in England das beste Ergebniss der Impfung von Arm zu Arm nur 95% ist. Mit Rücksicht auf die Schutzkraft der Kälberlymphe wird angeführt, dass in der Epidemie von 1870—71 nicht eines von den 10.000 Kindern, die in den vorhergehenden Jahren (seit Gründung des Institutes) mit diesem Stoffe geimpft worden waren, an Variola erkrankte. Die Anstalt ist verpflichtet, an jede Gemeinde zwei Glasröhrchen und zwei Stifte mit Impfstoff gratis abzugeben. Dr. Warlomont aber theilt jedem Arzte, der es wünscht, die Vaccine umsonst mit. Auf Stiften soll sich der Impfstoff besser erhalten als in Glasröhrchen. (Allg. mediz. Centralzeitung, 30. Juni, 1877.)

Ueber die Entwicklung der Blasenbrüche schreibt J. Englisch in den Wien. med. Jahrbüchern, 1877, S. 97 ff. u. A. Folgendes: Normaliter ziehen die Ligamenta vesico-umbilicalia lateralia an der Seitenwand der Blase zum Rande des kleinen Beckens, so dass die sich füllende Blase zwischen ihnen emporsteigt und dieselben von der Bauchwand nur unbedeutend abhebt. So werden nur wenig hohe Inguinalfalten gebildet und es ist auch die Verschiebung des Peritoneums an der äusseren Seite der Ligamente eine äusserst geringe. — Schrumpfen nun die Bänder, was intrauterin vorkommt, so entstehen relativ hohe Inguinalfalten, welche in Folge ihrer Verkürzung auch mehr gegen die hintere Blasenfläche rücken und sich mit derselben durch strammes Gewebe verbinden. Dazu kommt, dass das zwischen den Ligamenten und der inneren Oeffnung des Leistenkanales liegende Bauchfell stärker gespannt, ja von letzterer so abgehoben werden kann, dass eine abnorme Weite sowohl der Kanalöffnung als auch des Processus vaginalis gesetzt wird, während das gesammte diesen Raum erfüllende subseröse Bindegewebe gelockert erscheint. Füllt sich die Blase unter diesen Verhältnissen, so findet sie an den wenig dehnbaren Bändern einen Widerstand in der Richtung nach hinten, einen geringeren nach der Seite

des Leistenkanales, gegen den hin sie leicht ausweichen kann. Drückt sie auf die Wände des Processus vaginalis, so ist Obliteration desselben möglich und der vorliegende Bruch entbehrt des Peritonealüberzuges. Dasselbe wird der Fall sein, wenn die Hernie erst nach Obliteration des Processus vaginalis vorgetrieben wurde und kein Nachziehen des letzteren wegen besonderer Befestigungen des Peritoneums erfolgt. Indessen sind diese Arten des Bruches die selteneren, denn meistens wird das Bauchfell mit ausgestülpt. — Im Alter treten ähnliche Involutionsverhältnisse der Ligamenta vesicalia ein, wie sie eben angedeutet wurden. Zusammen mit der grösseren Häufigkeit der schweren Blasenerkrankungen jenseits der vierziger Jahre erklären sie das ungleich häufigere Vorkommen der Blasenbrüche in dieser Zeit als unmittelbar nach der Geburt. —

Um die Ausdehnung der Lungenspitzen während der Inspiration gleichzeitig auf beiden Seiten in Millimetern berechnen zu können, konstruirte F. Haenisch einen einfachen Apparat, welcher im Wesentlichen aus zwei Hohlstangen besteht, die in einer Hülse verschoben werden können. Die beiden Hülsen sind an den Enden eines zweiarmigen und handlichen Statives befestigt. Die unteren Enden der beiden Hohlstangen, welche in Kugeln auslaufen, werden auf identische Punkte beider Lungenspitzen aufgesetzt und zeichnen bei der Inspiration mit ihrem oberen und mit einem Bleistifte versehenen Ende auf einem fixirten Papiere direkt die Grösse der Ausdehnung auf. Auch ist oben eine kleine Millimeter-Eintheilung angebracht, um mit Hilfe einer unbeweglichen Marke direkt diese Grösse abzulesen. Bei 30 Gesunden betrug das Mittel der Inspirationsausdehnung der Lungenspitzen 12.5 Mm. und es kamen Differenzen zwischen beiden Seiten nur bis 1.0 Mm. vor. Bei Spitzenaffektionen und Katarrhen, Verdichtungen, Kavernenbildungen bleibt die erkrankte Seite zurück. Ist die Erkrankung eine doppelseitige, so ist das Zurückbleiben auf der stärker erkrankten Seite ein grösseres. In 28 Fällen von Spitzenaffektionen fand Haenisch als Maximum auf der kranken Seite 10, auf der gesunden 14.5 Mm.; als Minimum auf der kranken Seite 4, auf der gesunden 7.5 Mm. als Mittel auf der kranken Seite 5.5, auf der gesunden 10 Mm., so dass sich durchschnittlich eine Differenz von 4.5 Mm. ergeben würde. Die Untersuchungsmethode gestattet zu gleicher Zeit den Verlauf der Krankheit und den Einfluss der Behandlung zu verfolgen, indem bei günstigem Ausgange eine Zunahme in der Ausdehnungsgrösse zu erwarten steht. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin, XII. S. 366.) —

Dr. O. Risel in Halle a. S. theilt in der deutschen mediz. Wochenschrift, II, 23, einen Fall von Zoster traumaticus mit, welcher bei einer wegen einer Brustdrüsengeschwulst Operirten durch den Druck des mit einer bleistiftdicken wollenen Schnur eingefassten Randes eines Rosshaarkissens auf eine einige Finger breit über dem Condylus internus an Oberarme befindliche Stelle hervorgerufen worden war. Es entwickelten sich, nach eintägigem Vorausgehen von Schmerzen im Vorderarme, an der Ulnarseite, vorzugsweise an dem volaren Theile, etwa drei Finger breit über dem inneren Knorren beginnend bis zum Anfange der Palma manus herab, bereits zwei Tage nach Lagerung des Armes auf dem Kissen, Gruppen von Herpesbläschen. Mit einziger Ausnahme von noch zwei anderen von Bohn i. J. 1869 erwähnten Fällen, in welchen sich ebenfalls das Exanthem sofort an das Trauma anschloss, lagen in den bisher bekannten Fällen von traumatischem Zoster Wochen zwischen der Einwirkung des Traumas und der Hautaffektion. Es handelt sich nach Risel — wie namentlich auch aus den Friedreich'schen Forschungen hervorgeht — bei dem Zoster traumaticus um eine Neuritis mit direkter Ausbreitung der Entzündung auf die anliegenden Gewebe (Muskeln, Bindegewebe, Haut) und es ist die Hautaffektion von einer kontinuirlich auf das Korium fortgeleiteten Entzündung des Neurilemms, ohne Betheiligung der sog. trophischen Nerven, abhängig zu denken. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

№ 29. *Erlangen*, am 21. Juli 1877.

entlich
gen von
rteseiten.
jährlich
Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

I. Ueber Gebärmutterzerreissungen und hohe Scheidenrisse. Die Temperaturverhältnisse des kindlichen Organismus. Wie weit kann der in der Blase angesammelte und dort zurückgehaltene Harn durch die Schleimhaut der Blase hindurch mit den Blut- und Lymphkapillaren in einen Diffusionsaustausch treten? Ueber den Druck in der Harnblase. Das s. g. Molluscum contagiosum. Ueber Urobilinurie. Die Oesophagusparalyse. Verfahren bei Vornahme der Blephorrhaphia medialis.

Unter die für die Mutter unheilvollsten
kommnisse bei der Geburt sind bekannt-
die Gebärmutter-Zerreissungen
hohen Scheidenrisse zu zählen.
Th. Hugenberger zu Moskau hat auf
19000 Geburten im Petersburger Heb-
institute und über 10000 Geburten im
auer Gebärhause 17 Uterusrupturen ge-
; nur in einem Falle, in welchem es
um einen starken Uterovaginalriss han-
, trat Heilung ein. Hiernach beträgt
die Heilung nur 6 pCt., die Mortalität
pCt., was nahezu mit den Angaben von
rchill, Byrke und More Madden
einstimmt. Weniger zuverlässig scheinen
Annahmen Anderer zu sein, nach welchen
Mortalität sich auf 75 pCt. (Ritter),
ch exspektativer Behandlung auf 78 pCt.,
ch natürlicher Entbindung auf 68 pCt., nach
Bauchschnitte sogar nur auf 24 pCt.
rask) beziffert. Verfasser hat aus der
eratur 114 Fälle von Heilungen zusammen-
stellt, welche allerdings meist in der Privat-
axis vorgekommen sind. Wenn man aber
denkt, wie viele Fälle mit tödtlichem Aus-
nge nicht bekannt geworden, ferner in wie
elen Fällen auch die Zerreissungen nur der
cheide, besonders des Scheidengewölbes, zu
Gebärmutter-Zerreissungen gezählt worden
ind, so wird die Prozentzahl der Genesungen
hr reduzirt werden müssen. Die genauen
Angaben hierüber könnten nur von den Ge-
ranstalten aufgestellt werden. Unter den
114 in der Literatur aufgefundenen Heilungen gehören nur 16 den Gebärhäusern verschiedener Städte an. Diese Fälle wurden bei 298 Fällen von Uterusrupturen beobachtet; es ergibt sich hieraus für die Genesung 5 pCt., für die Sterblichkeit 95 pCt., ein Verhältniss, welches nahe mit dem von Hugenberger angegebenen übereinstimmt. — Die Uterusrupturen will nun aber Letzterer entschieden von den Vaginalrissen, besonders im Scheidegewölbe, getrennt wissen, worauf schon von Boër 1810 aufmerksam gemacht worden ist. Von vielen Autoren dagegen werden beide Vorkommnisse unter dem gemeinschaftlichen Namen der „Uterusruptur“ zusammengefasst. Den Grund hiervon sieht Verf. einestheils in dem gleichzeitigen Betroffenwerden des Uterushalses und der Scheide von Vertikal- oder Quer-Rissen, anderntheils auch darin, dass in Fällen, in welchen nur die Vagina betroffen ist, die Folgen und auch die Behandlung dieser Fälle grosse Aehnlichkeit mit eigentlichen Gebärmutter-Zerreissungen haben. Ebenso darf man auch die hohen Scheidenrisse und zirkulären Abtrennungen des Scheidengewölbes vom Gebärmutterhalse nicht zu den Uterusrupturen rechnen, da in solchen Fällen die Gebärmutter selbst noch nicht verletzt ist. Hierdurch ist es derselben noch möglich, sich zusammenzuziehen; zugleich ist aber auch die Gefahr vorhanden, dass dadurch der ursprüngliche Riss weitere Dimensionen annimmt. Fälle, in welchen vollständige Abtrennung der Vagina durch fortgesetzte Gebärmutter-Zusammenziehungen er-

folgte, sind von Velpeau, Barbeau, Robertson, Braxton-Hicks u. A. berichtet worden. Diese Art Risse (zirkuläre Abtrennung des Scheidengewölbes) belegt Hugenberger zum Unterschiede von den gewöhnlichen Vaginalrissen (Kolporrhexis) mit dem Namen „Kolpaporrhexis". Einigen Autoren entgegen muss er behaupten, dass diese letzteren Rupturen durchaus nicht so häufig, dagegen aber gefahrvoller sind als die Zerreissungen der Gebärmutter selbst. Von Fällen, in welchen es sich um eine hintere oder vordere theilweise oder eine zirkuläre totale Abtrennung des Scheidengewölbes vom Uterus handelt, hat Verfasser nur 39 finden können, darunter endigten 29 mit Tod und 10 mit Genesung. Die Seltenheit der Heilung der Kolpaporrhexis erklärt sich auch daraus, dass die dabei betheiligten Gewebe weniger kontraktionsfähig sind und daher auch Vorfälle von Eingeweiden viel öfter beobachtet werden als bei Zerreissungen des Uterus selbst, dessen klaffende Wunde durch die kräftigen Kontraktionen wesentlich verengert wird. — Aus einer Zusammenstellung von hierhergehörigen Fällen ergibt sich, dass die Rupturen des Scheidengewölbes in der Regel bei Mehrgebärenden beobachtet werden; unter 28 Fällen kam die Kolpaporrhexis nur bei drei Primiparen vor. Danach scheint es, als ob die durch Geburten mehr ausgedehnten Scheidenwände weniger leicht einer ausdehnenden Gewalt widerstehen könnten. Am häufigsten kommen die vorderen und hinteren Scheidenrupturen vor, beide Arten fast in gleicher Zahl, obgleich die anatomischen Verhältnisse des vorderen und hinteren Scheidengewölbes nicht die gleichen sind. In den Fällen von hohem Scheidenrisse wird meist Enge des Beckens erwähnt. Der fest eingekeilte Kindskopf übt nach dem Promontorium zu auf das hintere, nach der vorderen Beckenwand zu auf das vordere Scheidengewölbe einen langdauernden Druck aus. Indem nun der Uterus durch energische Kontraktionen sich vom Kopfe zurückzuziehen strebt, entsteht die Gefahr des Abreissens oder des Zerreissens der Vaginalwände, welche bereits stark gelitten hatten. Diese Gefahr bei engem Becken wird natürlich noch gesteigert, wenn irgendwelche Missverhältnisse zwischen Kind und Becken der Mutter obwalten, wie grosser Kopf, Quer- und Gesichts-Lagen, Verengung des Scheidenrohres u. s. w. Ausserdem ist aber auch nicht zu leugnen, dass in nicht wenigen Fällen die Rupturen auf Rechnung der geburtshilflichen Manipulationen und [illegible] rationen kommen. — Die Diagnose wird [illegible] die Digitaluntersuchung gesichert; hierbei [illegible] man leicht in den Riss gelangen oder [illegible] vorgefallene Darmschlingen antreffen. Als [illegible] charakteristisches Symptom ist bereits [illegible] Mac Clintock — besonders bei Kolpo[illegible] rhexis antica — eine emphysematöse K[illegible] tation unmittelbar über der Symphyse [illegible] wähnt worden. Ferner ist bei hohen Sc[illegible] denrissen ein wesentliches Symptom der k[illegible] fadenförmige, sehr frequente und ungle[illegible] Puls. Zugleich tritt in den meisten Fä[illegible] Ohnmacht und Blässe des Gesichtes ein [illegible] Todesangst zeigt sich in den Zügen. [illegible] Tod tritt zuweilen durch Shok ein. Aeus[illegible] ung von Schmerz erfolgt meistens nicht [illegible] plötzlich und intensiv, dass die Gebär[illegible] einen durchdringenden Schrei dabei ausstie[illegible] denn die Risse vergrössern sich erst d[illegible] die folgenden Kontraktionen des Uterus; [illegible] Wehenthätigkeit kann also auch nach [illegible] Zerreissung noch fortbestehen. Die Blut[illegible] ist bei der Kolpaporrhexis in der Regel n[illegible] sig, da bei dieser in der Regel keine so [illegible] fässreichen Theile wie bei Uterusrupturen [illegible] troffen werden. Die plötzliche Blässe, K[illegible] Pulslosigkeit u. s. w. der betreffenden Ind[illegible] duen ist daher nicht sowohl aus dem B[illegible] verluste, als vielmehr, wie schon Lang[illegible] beck hervorgehoben hat, aus der zerstör[illegible] den Einwirkung auf das Nervenleben zu [illegible] klären. Aeussere Blutungen werden sch[illegible] durch die bei solchen Scheidenrissen im Beck[illegible] befindlichen grösseren Kindestheile verhinde[illegible] In 17 Fällen unter 28 blieb der eingetrete[illegible] Kopf nach erfolgter Ruptur im Beckenkan[illegible] stecken; dies geschah auch da noch, wo sch[illegible] Rumpf und Extremitäten des Kindes in [illegible] Bauchhöhle eingetreten waren. Diese E[illegible] scheinung ist für die Differentialdiagnose wich[illegible] tig, da sie bei Uterusrupturen seltener beob[illegible] achtet wird; der Uterus wird dann an ein[illegible] dem ausgetretenen Kinde entgegengesetzte[illegible] Stelle seinen Platz eingenommen haben. [illegible] ist übrigens nach Hugenberger in viele[illegible] Fällen schwierig, die hohen Scheidenrisse un[illegible] Scheiden-Abreissungen von den Uterusrup[illegible] turen sogleich zu unterscheiden, da keine[illegible] von den angeführten Symptomen für sic[illegible] einen bestimmten Schluss ziehen lässt. Oefte[illegible] ist es sogar vorgekommen, dass eine Verlet[illegible] ung der fraglichen Art von keinen charak[illegible] teristischen Zeichen begleitet war und er[illegible] später aufgefunden wurde. — In Bezug au[illegible] die Behandlung der Kolpaporrhexis unter-

et Verfasser zwischen prophylaktischen egeln, geburtshilflichen Hilfeleistungen er Nachbehandlung. Bezüglich der Pro- is muss jeder Fall, in welchem ein erhältniss zwischen der Frucht und dem lkanale obwaltet, sorgfältigst untersucht n; besonders nach Abweichungen, welche ungsgemäss eine Ruptur begünstigen, i solchen Fällen zu forschen. Das ein- rationelle Verfahren, wenn die Gefahr Zerreissung vorhanden ist, was freilich oft gar nicht mit Bestimmtheit sagen ist eine operative Beendigung der Ge- Ist die Ruptur bereits geschehen, so ne schleunige Entbindung die erste Auf- weil hierdurch, ist der Austritt des s in die Bauchhöhle noch nicht ge- en, derselbe sofort verhindert, ist aber rucht schon in die Bauchhöhle ausge- , eine Reizung der Baucheingeweide eden werden kann. Befindet sich das nach erfolgter Ruptur in der ursprüng- n Lage, so ist Zange oder Wendung bei alem Becken und lebendem Kinde, bei n Becken und todtem Kinde dagegen die ration angezeigt. Bei theilweisem Aus- des Kindes in die Bauchhöhle ist bei d des Kopfes im Becken die Zange oder erforation, die Wendung und Extraktion en bei Zurückweichen des Kopfes oder igem Austritte desselben in die Abdomi- hle in Anwendung zu bringen. Die Hand muss hier an der dem Risse entgegengesetzten Seite eingeführt werden. Ist endlich das ganze Kind in die Bauchhöhle ausgetreten, so ist bei Fusslage die Manualextraktion durch den Riss, bei Kopfend- oder Quer-Lage die Wendung und Extraktion vorzunehmen. Ist das Becken in hohem Grade verengt, so muss, sei das Kind nun lebend oder todt, die Laparotomie gemacht werden. — Zur Nachbehandlung muss die Kranke nach Reposition der etwa vorgefallenen Darmtheile in Rückenlage gebracht und die Gebärmutter durch einen Kompressivverband in der Mittellinie erhalten werden. Wesentlich ist auch die Applikation der Eisblase. Von Einspritzungen in die Scheide oder von Einführung von Tampons muss hierbei ganz abgesehen werden, da dieses Verfahren nur mit grossen Gefahren verbunden sein würde. Das Vereinigen der Wundränder durch Naht, von Hohl angerathen, könnte wohl nur bei sehr günstigen Verhältnissen unternommen werden. Zur Milderung der durch Kolpaporrhexis hervorgebrachten Erregung des ganzen Nervensystems, ferner auch zur Mässigung des bald darauf eintretenden Entzündungszustandes hält Hugenberger die Darreichung von grossen und seltenen Gaben Opium für unerlässlich, nachdem zuvor der grosse Schwächezustand durch passende Mittel gehoben worden ist. (St. Petersb. med. Zeitschrift, N. F. V. 5 u. 6 p. 401 ff.) —

er XIV. medizinische Bericht über die gkeit des Jenner'schen Kinderspitales in im Laufe des Jahres 1876 von Prof. Demme enthält zunächst nachstehende essante Mittheilungen über die Temturverhältnisse des kindlichen Organismus: 1) Es ergibt sich, dass das gesunde Kind von der Geburt an bis zum Ablaufe des siebenten Lebensjahres eine verhältnissmässig höhere Körperwärme besitzt als der Erwachsene unter im Uebrigen gleichen Bedingungen u. z. beträgt der höhere Temperaturwerth

bei Neugeborenen nach Abfall der Nabelschnur . .					0.3—0.6° C.
„ Kindern zwischen dem 6. und 36. Lebensmonate					0.2—0.5° C.
„	„	„	„ 3. „	5. Lebensjahre .	0.4—0.7° C.
„	„	„	„ 6. „	7. „ .	0.3—0.5° C.

nder haben namentlich in der Säuglingsde zahlreichere Schwankungen der Eigene innerhalb der 24 Tagesstunden als chsene. 3) Die Körpertemperatur der er sinkt während des Schlafes um 0.3 .9° C. 4) Beim Aufenthalte in dunklen men ist die Körpertemperatur der Kinder 0.1 bis 0.5° C. niedriger als unter Ein- der vollen Tageshelle. 5) Nicht selten achtet man Differenzen der Eigenwärme er Körperhälften. 6) Je kräftiger und gesunder ein Kind ist, um so konstanter, unabhängiger von äusseren Einflüssen erscheint dessen Eigenwärme. 7) Die Eigenwärme des kranken Kindes unterliegt ausserordentlich auffälligen Tagesschwankungen. 8) Bei Kindern kommen häufiger als bei Erwachsenen ephemere Fieberstürme vor, d. h. einmalige Fieberanfälle, Erhebungen der Eigenwärme innerhalb weniger Stunden vom Normalstande an bis zu 39—40° C. und darüber, ohne dass eine Organerkrankung sich nachweisen lässt.

Demme berichtet ferner über mehrere in dem Kinderspitale mit humanisirter Pferdepocke vorgenommene Impfungen. Die Lymphe stammte von einem mit Pferdepocke direkt infizirten Pferdeknechte. Die Impfungen gelangen sämmtlich, auch nachdem sie durch vier Generationen hindurch gemacht wurden und die Lymphe so humanisirt war. Der Ausbruch der Impfpocken und die Entwicklung derselben erschien, der erstere um 36 bis 48 Stunden, die letztere um 3—5 Tage verzögert. Die Pusteln waren gross und schön, die Reaktion geringer als bei der Vaccination. Temperatursteigerungen kamen nicht über 38.3° C. vor. — Aus dem mitgetheilten kasuistischen Materiale heben wir eine Erkrankung des Gehirnes hervor, welche mit Rücksicht auf die Lehre der motorischen Centren von Interesse ist. Ein $3^1/_2$ jähriger Knabe fiel im Mai 1876 aus dem Bette. Das Kind schlug mit dem rechten Scheitelbeine auf den Fussboden auf; es erfolgte darauf während 4—6 Stunden Erbrechen und Somnolenz. Abends betrug die Temperatur 38.3° C. Am vierten Tage nach dem Falle traten anfallsweise, mehrmals täglich während einiger Minuten, klonische Muskelzuckungen der linken oberen Extremität auf, während die entsprechende untere Extremität vollständig ruhig blieb. Diese Zuckungen dauerten drei Tage, verschwanden dann allmählig; das Kind war nur etwas unruhig, missgelaunt, sonst ohne Besonderheiten. Die Temperatur überstieg 38.3° C. nicht. Vom achten Tage nach dem Unfalle an stellte sich normales Befinden ein. Im Juli 1876 starb das Kind an einer Bronchopneumonie. Die Sektion ergab im Verlaufe des Sulcus centralis und dem Ende des Sulcus calloso-marginalis rechterseits die in Pigmentumwandlung und narbiger Schrumpfung früherer Bindegewebshyperplasieen bestehenden Residuen mehrerer (3—4) zwischen Hirnrinde und Arachnoidealüberzug stattgefundener erbsen- bis kirschengrosser Blutaustritte. Sonst fand sich am Gehirne nichts Abnormes. Der Fall bildet so gleichsam eine natürliche experimentelle Illustration zu den von Hitzig, Ferrière und Anderen aufgestellten Theorieen über die in der Hirnrinde enthaltenen Bewegungscentren. —

Eine Arbeit von Treskin (im Arch. f. d. ges. Physiol. V. p. 324) beschäftigt sich mit der Frage, wie weit der in der Blase angesammelte und dort zurückgehaltene Harn durch die Schleimhaut der Blase hindurch mit den Blut- und Lymphkapillaren in einen Diffusionsaustausch treten könne. Dass gi… Stoffe, in die Blase injizirt, durch die Blas… schleimhaut in das Blut gelangen kön… war schon vorher zweifellos festgestellt. … die hier obwaltenden Verhältnisse näher … studiren, stellte Verfasser Versuche in fol… der Weise an: Als Versuchsthiere die… Hunde, in deren Ureteren Glaskanülen … Ableitung des von den Nieren kommen… Harnes eingebunden wurden. Unterhalb … Ableitungsstelle wurden die Ureteren un… bunden, der Harn auf beiden Seiten bes… ders aufgefangen und dann bestimmte Vo… mina desselben von der Urethra aus in … vorher entleerte Blase eingespritzt, worauf … Harnröhre fest durch eine Ligatur geschlos… wurde. Nach Verlauf mehrerer Stunden wu… das Thier getödtet, der Blaseninhalt voll… dig in ein Messgefäss entleert und nun … einer Portion desselben Harnes, welcher n… vorher in die Blase eingeführt worden w… in Bezug auf spezifisches Gewicht, Gehalt … festen Bestandtheilen, Harnstoff, Chlor … Asche verglichen. Die auf diese Weise … fundenen Thatsachen fasst Verf. in folgen… Sätzen zusammen: 1) Der Inhalt der Ha… blase steht in Diffusionsaustausch mit den … ihrer Wandung strömenden Flüssigkeiten: B… und Lymphe. 2) Durch die Diffusion … nimmt der harnstoffreiche Inhalt der Bl… diesen Flüssigkeiten Wasser und gibt an … Harnstoff ab. 3) In dem Blute oder … Lymphe eines Thieres gefundener Harnst… kann sonach durch Diffusion aus den Ha… wegen in diese Flüssigkeiten gelangt und v… her von der Niere gebildet sein. 4) Di… Diffusion findet auch Statt, während von d… Nieren ein konzentrirterer Harn sezernirt w… als der in der Blase verweilende. 5) D… Harn, welcher in der Blase stagnirt, nim… mit dem Wasser durch Diffusion gewöhnli… auch Kochsalz auf. 6) Die Sekretion beid… Nieren liefert in gleicher Zeit nahezu gleic… Harnstoffquantitäten, während die Menge u… der Prozentgehalt des von der rechten u… des von der linken Niere abgesonderten Ha… nes von einander bemerkbar verschieden sei… können. — Hieran reiht sich eine Mittheilu… von P. Dubois „Ueber den Druck i… der Harnblase“ (im deutschen Archiv f… klin. Medizin, XVII, p. 148). Auf Veranlass… ung von Prof. Quincke hat Derselbe ein… grössere Anzahl von Versuchen bei verschie…

Menschen im normalen und pathologi-
Zustande angestellt u. z. in folgender
e: Zum Zwecke der Messung des Druckes
Harnblase wurde ein Katheter in die-
eingeführt und mit einer Glasröhre in
bindung gebracht. Ein graduirter Mass-
, dessen Nullpunkt auf die Symphyse zu
en kam, zeigte die Höhe der Urinsäule
halb der Symphyse an, d. h. den Druck,
welchem sich der Urin in der Blase
nd. Da aber das Niveau des Blasen-
itels nicht immer mit der Höhe der Sym-
se zusammenfällt, so wurden die so erhal-
n Zahlen korrigirt nach den Ergebnissen
s Experimentes an der Leiche, in welchem
Höhe des Blasenscheitels über oder unter
Symphyse bei wechselnder Füllung der
se bestimmt wurde. — Mit Berücksichtig-
dieser anzubringenden Correktur zeigte
nun, dass der Druck in der Blase bei
schiedenem Alter und Geschlecht ein an-
rnd konstanter ist. Er beträgt in der
kenlage etwa 13—15 Ctm. Wasser. Bei
r gewöhnlichen Inspiration steigt die Was-
säule um 1—2 Ctm. und fällt bei der Ex-
ration wieder um eben so viel. Durch for-
le Inspirationen kann eine Steigerung bis
18—28 Ctm. bewirkt werden. Aktive for-
le Exspirationen, sowie Lachen und Husten
ngten gleichfalls Drucksteigerungen, welche
is 60 Ctm. betrugen. Durch die willkür-
angestrengte Bauchpresse stieg die Was-
säule sogar bis auf 150 Centimeter. Weil
Blase ein elastischer und muskulöser Sack
, der auf seinen Inhalt einen selbstständigen
uck ausübt, so ist auch der Druck in der
rnblase bis zu einem gewissen Grade un-
ängig von dem Drucke in der Bauchhöhle
r in den Nachbarorganen, wie Dubois
rch besondere Versuche gezeigt hat. Bei
Punktion eines Ascites war der Anfangs-
uck im Abdomen 40—50 Ctm. Wasser, nach
tleerung der Flüssigkeit = 0. Der Blasen-
uck betrug zu Anfang der Punktion 43, zu
de derselben immer noch 11—15 Ctm. —
weilen wurde ein langsames Ansteigen der
rinsäule beobachtet mit nachfolgendem all-
hligem Herabsinken. Dubois hält reflek-
rische Kontraktionen der Blasenmuskulatur
r die Ursache hiervon. Durch kalte Begiess-
ng des Bauches und der Füsse oder direkt
rch faradische Reizung der Blasenwand
ittelst einer in die Blase eingeführten Elek-
de konnten keine Kontraktionen der Blase
rvorgerufen werden. Wenn auch, wie oben
merkt, der Blasendruck vom Intraabdominal-
drucke mehr oder weniger unabhängig ist, so übt ersterer dennoch einen grossen Einfluss auf letzteren aus. Jede Vermehrung des Abdominaldruckes bewirkt eine Steigerung des Blasendruckes, wie Dubois bei Ascites, peritonitischem Exsudate, Meteorismus u. dgl. konstatirt hat. Dagegen ist der Einfluss der Druckverminderung im Abdomen nicht so bedeutend und konstant. — Der Füllungsgrad der Blase ist nicht von grosser Bedeutung. Bei mittleren Urinmengen von 200—500 Cc. bleibt der Druck ziemlich konstant. Nur wenn die Blase vorher übermässig ausgedehnt war, sinkt der Druck rasch mit ihrer Entleerung. Bei Blasenkatarrh, noch deutlicher aber bei adynamischen Zuständen (Typhus, Pneumonie, Meningitis) und bei Krankheiten des Rückenmarkes zeigte sich eine Abnahme des Blasendruckes. Ein negativer Druck in der Blase konnte dagegen niemals beobachtet werden; selbst bei vollkommener Lähmung der Blase und der Bauchmuskeln fand sich immer noch ein positiver Druck. Auch durch plötzlichen Nachlass eines auf das Abdomen ausgeübten Druckes konnte kein negativer Druck erzeugt werden. Dubois hält hiernach die Erklärung des beim Katheterisiren nicht selten beobachteten Lufteintrittes in die Blase durch Angesaugtwerden der Luft für nicht erwiesen. Wohl aber kann auch ohne negativen Druck in der Blase auf andere Weise Luft in dieselbe gelangen. —

In der Sitzung des Wiener medizinischen Doktoren-Collegiums vom 23. April d. J. hielt Prof. Dr. Kaposi Vortrag über das sog. Molluscum contagiosum. Jedem praktischen Arzte werden wohl vielfach und namentlich an der zarten, mit Lanugohärchen besetzten Haut von Kindern halbkugelige, geschwulstartige, mit normaler Epidermis bedeckte Hervorragungen vorgekommen sein, die stecknadelkopfgross bis erbsengross sind, dabei weiss schimmernd, sich derb anfühlend und mit einer dellenartigen Vertiefung versehen. Fasst man ein solches Knötchen zwischen beide Daumennägel, so springt das Gebilde als Ganzes heraus und man sieht dann ein zierliches Träubchen, aus mehreren rundlichen Läppchen zusammengesetzt, die wie an einem centralen Stiele hängen. Die Begränzung der Läppchen ist eine derbe und glatte und man muss ziemliche Gewalt anwenden, um deren Umhüllung zu zerreissen und deren Inhalt (Epitelialbildungen, Fett-

zellen und die sog. Molluscum-Körperchen) herauszudrücken. Diese Gebilde sind als Molluscum verrucosum, Sebumwarzen, zu bezeichnen. Sie finden sich zumeist am Penis und Skrotum, an der inneren Schenkelfläche, am Halse, Nacken, Arme, Augenlid u. s. f. einzeln oder bis 100—200 an Zahl bei einem Individuum. Sie fliessen zuweilen zusammen und bilden dann grössere sekundäre Dellen. Ihre Entwicklung geht ziemlich akut vor sich, so dass angegeben wird, sie wären in 1—2 Tagen entstanden, was in Verbindung mit ihrem Aussehen, der Delle, schon manchen Arzt veranlasste, die Diagnose auf Varicellen zu stellen. Sie bestehen nun unverändert Wochen oder Monate hindurch, vergrössern sich oder bilden sich zurück, fallen ab oder werden zerkratzt, vereitern und verschwinden dann mit Narbenbildung. Bezüglich deren Aetiologie gibt Hebra an, dass sie bei Prurigo häufiger vorkommen, was Redner dahin erweitert, dass vielmehr das diese Hautkrankheit begleitende Ekzem, besonders die squamöse Form desselben, die bei chlorotischen Frauen andauert, ferner jede Maceration der Haut durch Schweisse, Umschläge, Kaltwasserkur, Wasserbett, deren akute Eruption veranlassen können. Ihrem Wesen nach erfuhren sie mannigfache Auffassungen. Einige Autoren brachten sie als Condyloma subcutaneum mit dem Tripper in Verbindung, von anderen wurden sie den übrigen Retentionsgeschwülsten der Talgdrüsen gleichgestellt und Molluscum sebaceum, Acne molluscoide oder Acne varioliformis etc. benannt; die neueren Autoren endlich bezeichnen sie schlechtweg als Molluscum contagiosum. Bateman unterschied im Jahre 1817 zwei Arten des Molluscum: die eine Form, die Willan schon gesehen, das Molluscum pendulum s. simplex, erbsen- bis taubeneigrosse solide Geschwülste, welche Virchow später mit Molluscum fibrosum als Bindegewebsgeschwülste bezeichnete; die zweite Art, die Bateman als halbkugelige, ziemlich weiche Geschwülste mit verdickten Wandungen beschreibt, die an ihrer Spitze eine fast unmerkliche Oeffnung tragen, aus der sich bei Druck eine „milky fluid“ entleere, welche die Ansteckung vermittle — Molluscum contagiosum. Dies wären also nichts Anderes als Drüsengeschwülste, doch erwähnt dieser genaue Beobachter nichts von deren festerer Konsistenz, von deren Aehnlichkeit mit Varicellen etc. — Eberth und Virchow, endlich Retzius, beschrieben mehrere Fälle von Molluscum contagiosum bei Personen, die mit einander in Berührung kamen, sprachen auch wohl von pockenähnlichen Gebilden und hielten diese Affektion für ansteckend. Es frägt sich nun, ob diese Autoren dasselbe sahen und beschrieben wie Bateman, und ob diese oder jene Form oder keine von beiden ansteckend sei. — Redner schildert im Weiteren den mikroskopischen Bau der Eingangs beschriebenen Gebilde und bekämpft die Ansicht von Retzius, der sie durch Wucherung der Zellen des Rete Malpighii entstehen lässt. Der lappige Bau derselben, deren Vorkommen an zarter Haut, woselbst sich an den Lanugo-Härchen grosse, ziemlich oberflächlich gelegene Talgdrüsen befinden, deren Inhalt aus Epitelialzellen und Fett, — Alles weist darauf hin, dass wir es hier mit Balggeschwülsten zu thun haben. Deren Kontagiosität ist zum mindesten unerwiesen, da alle Impfversuche von Hebra, Redner u. A. misslungen sind, und den von Retzius scheinbar erwiesenen Impfversuch muss Kaposi ebenfalls als nicht gelungen bezeichen. Das gleichzeitige oder spätere Erscheinen von Molluscum contagiosum bei Personen, die mit einander in Berührung kamen, stellt derselbe, der übrigens das Gleiche bei seinen eigenen Kindern beobachtete, als zufälliges Zusammentreffen oder als durch gleiche Ursache bedingt hin. — Schliesslich sprach Redner über die oben erwähnten sog. „Molluscum-Körperchen“. Es sind dies grosse, runde, schön glänzende Körperchen, über deren Wesen die Autoren noch nicht einig sind. Redner hält dafür, dass sie Degenerationsprodukte der Epitelialzellen sind und zwar degenerire das Protoplasma derselben. Sie seien nichts Spezifisches, kommen vielmehr auch in Komedonen, Atheromen etc. vor und können desshalb nichts für Molluscum contagiosum Charakteristisches und nicht Kontagiöses darstellen. — Resumirend hebt Kaposi hervor, dass die Kontagiosität dieser Gebilde nicht erwiesen sei und höchst wahrscheinlich nicht existire; deren Namen sei daher in Molluscum sebaceum umzuändern und die einen mit Molluscum atheromatosum, die anderen mit Molluscum verrucosum zu bezeichnen. (Bericht der allg. Wiener mediz. Zeitung, 1877.) —

Ueber Urobilinurie schreibt Prof. Dr. Carl Gerhardt zu Würzburg der Wiener mediz. Wochenschrift v. 16. Juni d. Js., was folgt: „Es ist eine lang bekannte Thatsache, dass der Harn Gelbsüchtiger durchaus nicht

die für die Anwesenheit von Bilifuloin nnende Gmelin'sche Reaktion gibt. So sich in den „Leberkrankheiten“ von chs die Angabe, dass öfter bei Gelb- en der Harn sich auf Salpetersäure- nur dunkler roth oder rothbraun färbe; ei Bamberger wird dieses Verhalten bald andauerndes, bald rasch vorüber- les erwähnt. Auch mir sind derartige in letzter Zeit wiederholt vorgekommen; zwei Lebercirrhosen, einigen Pneumo- mit Gelbsucht u. s. w. — Wenn der dieser gelbsüchtigen Kranken kein Bili- enthielt, so frägt es sich, was für einem mling des gewöhnlichen Gallenfarb- er seine immerhin ziemlich dunkle othe Färbung verdanke. Man konnte namentlich an Choletelin denken, das Oxydationsprodukt des Bilifuloins, und obilin, einen 1868 von Jaffé entdeck- uerstoffärmeren verwandten Körper. — Maly und Liebermann zeigten, lässt us Bilifuloin durch Einwirkung von sal- er Säure Choletelin und durch Einwirk- on Natriumamalgam Urobilin darstellen. der fragliche Harn Choletelin enthalte, chon darum gänzlich unwahrscheinlich, ie zuvor entstehenden Oxydationsstufen ilifuloins überaus selten im Körper vor- en. — Namentlich gilt dies von den hierher gehörigen genauer bekannten Farbstoffen, dem Biliverdin und Bili- . Der letztere, das Biligrasin, findet n dem bekannten lauchgrünen Auswurfe moniekranker. Man erhält daraus durch oform keinen gallenfarbstoffhaltigen Aus- durch Alkohol eine grüne, mit Alkalien bräunende Lösung. Im Harne glaube ur einmal einen grünen Farbstoff ge- n zu haben. Ich fand nämlich bei einem fiebernden Manne, der Magenkarzinom gleichzeitig Leberkarzinom und Leber- s hatte, am letzten Tage seines Lebens braungrünen Harn, der an Chloroform Amylalkohol reichlich gelben Farbstoff und darnach eine lebhaft grüne Farbe . Bei zahlreichen anderen Untersuch- n ist mir niemals ein grüner Abkömmling Gallenfarbstoffes im unveränderten Harne net. Es ist dies um so auffälliger, wenn sieht, wie das dem Harne Gelbsüchtiger mischte Bilifuloin ausserordentlich leicht die verschiedensten oxydirend wirken- Reagentien in grünen Farbstoff umge- elt wird; so durch übermangansaures Jodtinktur, selbst durch Terpentinöl und Blut (ähnlich der Guajac-Reaktion). — In der That zeigten die braunrothen Harnsorten Gelbsüchtiger, welche die Gmelin'sche Reaktion nicht lieferten, eine Reihe von Kennzeichen des Urobilins. Beim Zusatze von Chlorzink und Ammoniak trat lebhafte Fluorescenz von Grün ein; wurde solcher Harn mit Chloroform oder Aether geschüttelt, so nahmen diese eine gelbe Färbung an und hinterliessen beim Abdunsten einen gelbbraunen Rückstand, der, mit Schwefelsäure zerrieben und mit Salpeterkrystallen vermengt, die von Liebermann beschriebenen grünen, violetten und gelben Streifen zeigte. — Auch das spektroskopische Verhalten, welches auf meine Bitte Dr. Kunkel untersuchte, ergab den charakteristischen Absorptionsstreifen zwischen den Frauenhofer'schen Linien b und F, so dass auch nach dem Resultate dieser Untersuchungen behauptet werden konnte, der fragliche Urin enthalte nur Urobilin und keinen anderen Gallenfarbstoff. — So wurde denn nach allen Seiten festgestellt, dass das Urobilin, das von Jaffé in dem Harne von Gesunden, hauptsächlich aber von Fiebernden, gefunden worden war, bei manchen Fällen von Gelbsucht allein im Harne vorkomme und dessen dunkle Färbung bedinge. — Wenn man annehmen muss, dass bei Gelbsüchtigen aus der Leber durch die Lymphgefässe Bilifuloin in das Blut gelangt, so ist es schwer erklärlich, auf welche Weise und warum bei einzelnen Personen dieser Farbstoff, ehe er im Harne erscheint, einen so mächtigen Desoxydationsprozess durchmacht, wie er zur Bildung von Urobilin nöthig ist. — Jaffé erwähnt ein Chromogen des Urobilins; auch diesem bin ich zufällig bei den hier besprochenen Harnuntersuchungen begegnet. Schüttelt man Urobilinharn mit Aether aus, so nimmt letzterer eine gelbliche Färbung an; bleibt er zufällig über dem Harne stehen, so erscheint er nach einigen Wochen vollkommen farblos. Lässt man diesen farblosen Aether in einer Porzellanschale verdunsten, so erscheint der Rückstand wieder gelb. Lässt man in dieser Schale einen Tropfen rauchender Salpetersäure stehen, so färbt sich nach einiger Zeit der den Wänden anhaftende Rückstand lila. Auch dies scheint eine Urobilinreaktion zu sein“. —

Die Paralyse des Oesophagus, schon dem Galen unter dem Namen der „Imbecil-

litas gulae" bekannt, zählt nach Marshall Hall zu denjenigen Funktionsstörungen, welche durch Reizung der centripetalen Nervenfasern bewirkt werden. Nach ihm beobachtete Brown-Séquard, dass unabhängig von den Einflüssen dieser Nerven Blutveränderungen in gleicher Weise diese Affektion hervorrufen. Nach Makenzie (Medical Times, 1876, 18. Nov.) kann die Lähmung der Speiseröhre entweder eine rein lokale Krankheit sein oder mit anderen Störungen zusammenhängen. Die bloss örtliche Lähmung kommt meist bei schwächlichen Individuen, bei Frauen oder alten Leuten vor, während die Paralyse aus centraler Ursache entweder als ein Symptom der Paralysis labio-glossopharyngealis, der Atrophia muscularis progressiva oder der allgemeinen Paralyse der Irren zu betrachten ist. Auch wird die Krankheit in schweren Fiebern, bei tiefen Nervenstörungen und dem Darniederliegen aller Reflexbewegungen beobachtet, sowie bei Syphilis und Diphtherie. Die Dysphagie ist das erste Symptom. Ist die Lähmung örtlichen Ursprunges, dann geht das Schlucken langsam von Statten, wird bisweilen für feste Substanzen unmöglich, während Flüssiges leicht und ohne Salivation die Speiseröhre passirt. Bei Lähmungen centralen Ursprunges ist die Salivation konstant und gelangen oft die Speisen in die Luftröhre und deren Aeste, woselbst sie Entzündungen hervorrufen. Beim Sondiren des Oesophagus begegnet man keinen Schwierigkeiten, bewirkt dadurch auch weder Brechneigung noch Reflexbewegungen. Wichtige Anhaltspunkte gewährt die Auskultation, bei welcher das oesophageale Geräusch unterschieden werden kann. Ist der Pharynx gesund, dann wird der Bissen heruntergeschleudert und man hört ein sonores Schlucken; ist hingegen der Schlundkopf auch gelähmt, dann fehlt der sonore Schluckton und man hört bloss ein Geräusch. Der Verlauf der Krankheit ist verschieden und hat man Fälle beobachtet, in welchen die Krankheit 15—20 Jahre stationär blieb. Dabei bildet sich eine Verengerung der Darmeingeweide, welche von dem beständigen Gebrauche flüssiger Nahrung herrührt. Wenn die Lähmung mit einer Erkrankung des Bulbus zusammenhängt, dann nimmt die Dysphagie immer zu und bewirkt zuletzt den tödtlichen Ausgang. Die Lähmung der Speiseröhre unterscheidet sich dadurch von dem Kram derselben, dass die Dysphagie beim Kram beständig ist, dass bei der Paralyse die Reg gitationen fehlen, dass man bei ihr ein dum Geräusch hört, während dies beim Kram viel lauter zu vernehmen ist und oft den wechselt. Der Krampf des Oesophagus kom mehr bei jüngeren und hysterischen Person vor, während die Lähmung vorwiegend ält Individuen befällt. Aehnlich dem Krebse ste sich die Paralyse im vorgerückten Alter ei doch ist der Unterschied zwischen diesen be den Leiden in dem schnellen Fortschreit gegeben, welches dem Krebs eigenthümli ist. Ausserdem sind die vollkommene Dy phagie und die Salivation Symptome, welc die Lähmung der Speiseröhre vom Krebs derselben unterscheiden. Im Anfange beid Leiden ist die Diagnose eine schwierige. D Prognose der Speiseröhrenlähmung ist ste eine schlechte, wenn es sich um ein Allg meinleiden handelt. Bei örtlicher Lähmun ist die Elektrizität das geeignetste Mittel u die Anwendung von Tonicis zur Erhaltu der Kräfte erforderlich. —

Prof. Dr. v. Arlt in Wien bezeichnet i der Wien. medizinischen Wochenschrift, 187 Nr. 40) mit „Blephorraphia medialis ein Operationsverfahren, welches eine Ve engerung der Lidspalte vom medialen Win aus bewirkt, um so das durch Ectropion od lang bestandene Facialislähmung herabgesu kene untere Lid zu heben. Er fasst eine bis 3 Mm. breite Partie der Kutis unterha des unteren Thränenpunktes in eine Falt trägt dieselbe mit einer feinen geraden Schee schief nach innen und oben bis hinter d Karunkel so ab, dass der Schnitt 6—7 Mm lang ist. Alsdann macht er das analoge Ver fahren am oberen Lide bis zum Endpunkt des ersten Schnittes, wodurch die Wunde di Form eines V erlangt. Nach Stillung der ge ringen Blutung vereinigt er durch drei Näht die Wundränder. Die Vereinigung muss be sonders an der Spitze des Dreieckes sehr ge nau geschehen, weil daselbst sonst leicht ein kleine Fistel zurückbleiben kann, deren Ver schluss viel Mühe erheischt. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

0. *Erlangen*, am 28. Juli 1877.

lich
n von
eiten.
hrlich
ark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

ur Behandlung der Koxitis. Ueber tuberkulöse Meningitis. Zur Histologie der Haare. Erysipelas hlegmonosum. Neues Heilmittel gegen Syphilis und Skropheln. Zur Diätetik des Säuglingsalters. upillenveränderungen in der Chloroformnarkose. Ueber thierische Wärme.

Cazin gibt in einer Statistik der im l de Berck behandelten eiterigen is-Fälle die Resultate, welche er bei ktativer Behandlung dieses Leirzielt hat. Er glaubt durch dieselbe chweis liefern zu können, dass die vor Jahren — insbesondere in England — gerühmte Resektion des Hüftgelenkes itis nur selten ihre Indikation finde berhaupt hierbei nur ausnahmeweise erden solle. Unter „exspektativer Beng" will er sich so verstanden wissen, keinerlei eingreifenderer Weise chirurintervenirt wurde und er sich darauf nkt habe, das kranke Gelenk in die glichen Verhältnisse des lokalen Befinzu setzen. Vom 1. August 1869 bis 1876 wurden im Spitale aufgenommen oxalgieen, darunter 80 Fälle von eiteriokoxitis: 46 Knaben und 34 Mädchen. äufigere Vorkommen von Traumen bei steren erklärt nach Cazin die grössere derselben. 36 Male sass das Leiden eits und 33 Male rechterseits (in 8 war die kranke Seite nicht angegeben); doppelseitig. Die mittlere Behandlungsbetrug 555 Tage. Im Allgemeinen geht er in Rede stehenden Statistik hervor, die grössere Zahl der Koxitis-Fälle in bis 9. Lebensjahr, die grösste Zahl in das 7. Jahr fällt. Im Ganzen sind ufe von fünf Jahren 44 geheilt, 6 gert, 20 nicht geheilt, 10 gestorben, in e 80, also 55 pCt. Heilungen und zwar 55.8 pCt. für die Mädchen, 54.2 pCt. für die Knaben. Der Tod erfolgte meist in Folge von Albuminurie (5 Mal unter 10 Gestorbenen), dann durch Erschöpfung in Folge der profusen Eiterung, ein Mal durch allgemeine Tuberkulose, ein Mal Tuberculosis meningo-cephalica und ein Mal Pyämie. Verfasser ist überzeugt, dass jedes Kind, dessen Allgemeinzustand noch nicht zu sehr gelitten habe, im Berck'schen Spitale genese. Er hat selbst in desperaten Fällen noch Heilungen gesehen, wenn nur nicht Albuminurie da war und selbst in diesen Fällen soll hier und da noch Heilung eingetreten sein. In 15 Fällen von Koxitis und Albuminurie sind 5 gestorben, 2 gebessert, 6 ungeheilt, 2 geheilt entlassen worden. — Bezüglich des Ausgangspunktes der Erkrankung erklärt Cazin die Coxitis cotyloidea als die schwerste Form derselben, die Entstehungsursache sei meist ein Trauma, seltener ein Rheumatismus. Er glaubt beobachtet zu haben, dass die Koxalgie bei Kindern reicher Leute weniger gut verlaufe als bei armen, und erklärt dies daraus, dass sie nicht so strenge in ihren Verbänden gehalten werden, weniger lange in Berck (am Meeresufer) bleiben etc. Ueberdies seien die Koxalgieen bei reichen Kindern meist hereditäre, bei den armen aber durch die elenden Lebensverhältnisse erworbene. Die erzielten günstigen Resultate schreibt er theilweise der Behandlungsweise, vor Allem aber der ausgezeichneten Wirkung der Seeluft zu. — In der darauf folgenden Diskussion bemerkt Marjo-

lin, er erinnere sich aus seiner Erfahrung an eine grosse Reihe von Fällen eiteriger Koxitis, wetche spontan heilten. Er sei nicht absolut gegen die Resektion, doch sei es schwer, den richtigen Zeitpunkt für die Ausführung derselben zu treffen. Die Koxalgieen in den Spitälern seien stets schwerer als in der Privatpraxis; man schicke sie eben nur im äussersten Nothfalle in's Spital, und dann seien es meistens Kinder phthisischer Eltern. Dass die Koxalgieen bei Kindern reicher Leute schlechter heilen als bei armen, glaube er nicht; die Kinder der ersteren erkranken seltener an Koxitis und wenn darunter schwere Fälle vorkämen, so betreffe dieses Kinder tuberkulöser Eltern. — Verneuil bemerkt, es seien mindestens $^7/_8$ aller Koxalgieen skrophulösen Ursprunges; diese Patienten sterben daher nicht allein in Folge ihres Hüftgelenkleidens, sondern auch noch wegen all' der verschiedenen Komplikationen von skrophulösen Erkrankungen innerer Organe; unter diesen sei aber die Lungenphthise die seltenste, woraus sich die günstigen Resultate bei Berck erklären. Weit mehr sei als Komplikation zu fürchten die amyloide oder die fettige Degeneration, insbesondere der Leber und der Nieren, welche in den gewöhnlichen Spitälern nie heilt, wohl aber unter dem Einflusse der Seeluft (Murchison). — Lannelongue meint, man könne über die Resektion bei Koxitis durchaus nicht so absprechend urtheilen, wie Cazin es gethan; er habe davon gute Resultate gesehen. Marjolin bemerkt, es wäre nur zu wünschen, man könnte alle Fälle von eiteriger Koxitis an's Meer bringen; noch bessere Resultate würden in Berck erzielt werden, wenn die Kinder, die nicht mehr gehen können, in Hängematten an den Meeresstrand gebracht würden. Desprès findet in Cazin's Statistik nichts auffällig Günstiges, besonders wenn man berücksichtige, dass die betreffenden Fälle der Mehrzahl nach in einem Zustande von relativer Heilfähigkeit dahin kommen. Man müsse bei der eiterigen Koxitis mit Fistelbildung überdies einen wesentlichen Unterschied machen zwischen den Fällen, in welchen das Gelenk beweglich bleibe, und jenen, in welchen Ankylose eintrat. Die ersteren sind meist unheilbar, während letztere trotz der Fisteln weniger schwere Fälle darstellen. Anger bemerkt, die Seeluft wirke gut in Fällen von alter Koxitis, in welchen der entzündliche Zustand schon abgelaufen sei; im Beginne der Krankheit schade sie aber mehr als sie nütze. Cazin scheint derselben Ansicht zu sein; er bemerkt auch, dass seine Statistik sich nur auf chronische Fälle beziehe. (Centralblatt f. Chirurgie, 1877, Nr. 25.)

Bei wenigen Krankheiten hat die Erklärung der Symptome eine solche Wandelung erfahren, wie bei der Meningitis tuberculosa. Dieselbe Affektion, die man zuerst als Hydrocephalus acutus (Whytt 1771), später als eine einfache Entzündung (Quin 17 Ford 1790, Gölis 1815) auffasste, wurde schliesslich (Senn 1825) als granulöse Entzündung und endlich (Papavoine 1830) als tuberkulöse Meningitis angesehen. Die letztere Ansicht hat sich bis heute erhalten und man ist jetzt gewöhnt, die früher als so „akut" beschriebene Affektion nur als das Endstadium eines chronischen Prozesses aufzufassen. Auf 24 in der Poliklinik zu Heidelberg beobachtete Fälle gestützt, macht nun Dr. Bertalot instruktive Bemerkungen über Aetiologie, Verlauf, Symptomatologie, Differentialdiagnose und anatomischen Befund dieser Affektion. Der tuberkulösen Meningitis sind stets Störungen vorhergegangen und in der Regel lässt sich eine skrophulös-tuberkulöse Diathese konstatiren. Schlechte Ernährung (daher auch häufig bei rhachitischen Kindern) und Heredität (in 50 pCt. von Bertalot Fällen) spielen eine grosse Rolle bei der Aetiologie. Auch in seinen Fällen überwog das männliche Geschlecht; 18 Fälle kommen auf das 1.—5. Lebensjahr (incl.), 6 auf das 9.—14. (incl.). Auch das höhere Alter ist von dieser Affektion nicht ausgeschlossen. Das jüngste Kind, das Verf. an Mening. tu leiden sah, war 10 Wochen und das ältere 14 Jahre alt. Die kältere Jahreszeit (Spätherbst, Winter, Frühling) fordert die meisten Opfer. — Die Symptomenreihe will Bertalot in 2 Stadien geschieden wissen: 1) Krankheits-Erscheinungen bis zur Trübung des Bewusstseins (Vorboten und beginnende Meningitis), 2) solche nach Trübung des Bewusstseins (Transsudation in die Ventrikel, Lähmung). — Die Vorboten sind die Zeichen einer sich allmählig entwickelnden Phthisis (Riliet). Zuweilen fand Bertalot trotz sehr chronischer Symptomenreihe nur Tuberkulose der Bronchialdrüsen, ja in einem Falle von chronischer Koxitis nur Abmagerung. Andere Vorboten (eigentlich Initialsymptome) sind die von Seite des Gehirnes (Schläfrigkeit, Schwindel, schreckhafte Träume, Kopfschmerz

chtscheu, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, eigentümlich unsicherer Gang). Auch Bertalot betont die jedem Kinderarzte bekannte Inconstanz der Symptome und das nicht seltene Auftreten von Remissionen. Fast nie sind die das Leiden charakterisirenden Symptome gleich vorhanden. Zu den konstantesten gehören Erbrechen (das nur 2 Mal fehlte) und Verstopfung (die 4 Mal fehlte), ferner das allmählige Einsinken der Bauchdecken (das 3 Mal fehlte). Das Fieber, welches die Meningitis tub. bereits einleiten kann, war nur in einem Falle, in dem es sich um bereits bestehende Phthise handelte, vom Anfang an hochgradig. In 3 Fällen blieb die fast allmählig eintretende Verlangsamung des Pulses völlig aus, während in 5 Fällen der Puls „wie eine Basssaite unter dem Finger schwirrte“ (Barthez und Rilliet). Zuweilen fielen im späteren Verlaufe bedeutende Pulsverlangsamung mit erheblicher Temperatursteigerung (jedoch nie über 39.5°) zusammen, aber nicht so konstant, als Whytt angenommen hatte. Sehr auffallend war oft der rasche Wechsel der Hautfarbe, besonders im Gesichte, während die meningitischen Flecken Trousseau's sich nicht immer vorhanden zeigten. Die Respirationsfrequenz war verschieden, nahm aber schliesslich, auch bei mässigradiger Tuberkulose, stets ab (lautes Aufseufzen, Stokes'sche Respiration). — Sehr gewöhnlich (fehlte nur ein Mal) und sehr frühzeitig trat Kopfschmerz in verschiedener Dauer und Heftigkeit auf (meist in der Stirngegend), welcher die Kranken zu den hydroenkephalitischen Schreien Coindet's veranlasst. — Die Remissionen im Verlaufe der Meningitis tub. fasst Verf. als durch theilweise Resorption des fast wasserhellen und nur geringe Spuren von Eiweiss enthaltenden Transsudates in die Ventrikel hervorgebracht auf. — Auch von Seite des motorischen Nervensystemes kommt eine Reihe von Symptomen her, die unter allgemeinen Konvulsionen besonders in partiellen Muskelzuckungen bestehen (Verzerrungen des Gesichtes, Lächeln, Blinzeln der Augenlider, Kaubewegungen mit oder ohne Zähneknirschen und Verdrehen der Augen; meist auch Strabismus). Tetanische Nackenstarre tritt erst gegen das letale Ende ein; dann breiten sich überhaupt diese Symptome immer mehr aus, bis zu allgemeinen Konvulsionen, die meist eine Körperhälfte stärker affizirten als die andere. Weit seltener waren Lähmungen. Die Harnretention erklärt Verf. aus Blasenlähmung (Vogel aus einer Lähmung der sekretorischen Nerven) und er musste den Harn (in wie viel Fällen?) mit dem Katheter entleeren. (Auch Kormann hat einen derartigen Fall beobachtet.) — Von Seite der Sinnesorgane trat zuweilen frühzeitig Lichtscheu ein, deren Schwinden häufig die Erweiterung der Pupillen nachfolgte. Zuweilen trat kurz vor dem Tode eine Verengerung der Pupillen ein. — Nie konnte Bertalot die oscillatorischen Bewegungen der Iris (Odier), die Hypertrophie der Papille des Augenhintergrundes (Bouchut) und die Choroideal-Tuberkulose (Manz, Cohnheim) entdecken. — Die Dauer der akuten Mening. tub. gibt Verf. auf 8 Tage bis nahezu 4 Wochen an (letztere Fälle gehören bekanntlich zu den qualvollsten der ärztlichen Praxis!). — Zur Differential-Diagnose fügt Bertalot bei, dass die Meningitis simplex viel seltener ist und plötzlich bei vorher ganz gesunden Kindern mit sehr rapidem Verlaufe auftritt. Auch Typhus ist seltener als Mening. tub., und zwar um so mehr, je jünger die Kinder sind. Trotz der verschiedenartigsten Symptome beider Krankheiten bei regelmässigem Verlaufe kommen doch nicht zu selten abnorme Fälle vor, in denen der Typhus unter den Symptomen einer Mening. tub. verläuft, und umgekehrt. Bei den Vorläufern akuter Exantheme und bei gastrischen Störungen wird eine Verwechslung immer nur auf kurze Zeit möglich sein. — Der anatomische Befund war in Bertalot's Fällen der gewöhnliche. Ausser einem gallertartigen Exsudate in der Pia fanden sich, besonders zahlreich in den Sylvi'schen Gruben, bald zerstreut, bald gruppenweise, bald deutlich längs der Gefässe angeordnete graue, durchscheinende, miliare Granulationen. — Gleiche tuberkulöse Gebilde wurden zugleich fast durchweg in noch anderen Körpertheilen gefunden, regelmässig im Lungenparenchyme, selten in der Pleura und in zunehmender Seltenheit in Leber, Milz und deren Serosa, in Nieren, Darmkanal, Peritonäum und Mesenterium. Nur in 2 Fällen waren Tuberkel nur in der Pia nachweisbar; trotzdem ist die Mening. tub. als Theilerscheinung der allgemeinen Tuberkulose (Hessert) aufzufassen. In sämmtlichen Leichen waren käsige Massen nachweisbar. So 20 Mal Tuberkulose der Bronchialdrüsen, darunter auch bei dem erst 10 Wochen alten Kinde, das also bereits während der Schwangerschaft erkrankt sein muss, woraus Verf. den Beweis zieht, dass nicht Tuberkulose als solche, son-

dern nur als Skrophulose vererbt wird, die jedoch die stete Gefahr der Selbstinfektion in sich trägt. Verf. betont daher nochmals, wie eng das Abhängigkeitsverhältniss zwischen akuter Miliartuberkulose resp. der skrophulös-tuberkulösen Diathese ist! Nur ein Mal fand er Verkäsungen in den Mesenterialdrüsen, 3 Mal in der Hirnsubstanz. Die Hirnventrikelwassersucht fehlte in keinem Falle, stets war das Ependym mit Tuberkelgranulationen übersäet. — Die Prognose ist letal, obwohl die Heilung der Miliartuberkel durch Verschrumpfung und Verkäsung möglich ist. Lebert erwähnt zwei Fälle von Heilung, Rilliet, Gerhardt, Henoch sahen Kinder den ersten Anfall überstehen und erst einem späteren gleicher Art erliegen (Bestätigung durch die Sektion). Die Behandlung Bertalot's bestand, sobald die Diagnose gesichert war, in Eisblase auf den Kopf, Blutentziehungen hinter den Ohren, Einreibung von grauer Salbe am Kopfe und an anderen Körpertheilen. Gegen die Verstopfung Inf. Sennae compos. oder Kalomel; bei stärkerer Aufregung und Delirien Morphium. Gegen Sopor kalte Uebergiessungen und Excitantien. Jodkali blieb ohne alle Wirkung. (Jahrb. f. Kinderheilk., N. F. LX. 3. p. 227. 1876.) —

In der „Zeitschrift für Anatomie und Entwicklungsgeschichte" II Seite 375 ff. veröffentlicht K. Schulin Beiträge zur Histologie der Haare. Mit Kölliker erblickt er die erste Anlage der Haare — entgegen Götte — in einem soliden warzenförmigen Fortsatze des Rete Malpighii. In der Frage, ob der ganze die Haaranlage bedeutende Epitelfortsatz sich gleichzeitig in seiner ganzen Länge in das Haar mit Spitze, Schaft, Zwiebel sowie innerer Wurzelscheide einerseits und in die äussere Wurzelscheide andererseits spaltet, oder ob das Haar in dem Epitelfortsatze von unten herauf sich entwickelt, ist Verf. letzterer Ansicht. Der Haarschwund leitet sich ein mit einer Veränderung des Haares selbst, welche darin besteht, dass weitaus in den meisten Fällen zunächst das Pigment in der Haarzwiebel schwindet und das untere Ende des Haares eine streifige Beschaffenheit annimmt. Die streifige Zone geht allmählig über in eine solche, bei der sich längliche Zellen mit Kernen finden und an diese schliessen sich dann die auf der Papille befindlichen, dem Rete Malpighii entsprechenden, jungen Epitelien an. Die innere Wurzelscheide hört als solche etwas üb der Gegend auf zu existiren, in welcher d länglichen Zellen anfangen; ihr Keimlag schwindet indessen nicht, sondern schmäl sich nur und vereinigt sich seitlich einerse mit der die Fortsetzung der äusseren Wurz scheide darstellenden einfachen Reihe klei Zellen und andererseits mit dem Keimlag des Haares. Wie das Haar bei seiner E wicklung sich von seinen Scheiden dadur differenzirt, dass ein ungleichmässiges Wac thum in den verschiedenen Theilen des sprünglich durchweg gleichartigen Epitelcyli ders eintritt, so sucht Schulin den Beg des Haarschwundes darin, dass die Wac thums-Energie in Allem, was von dem p mären Epitelkegel stammt, von unten auf gend, wieder eine gleich starke resp. glei schwache wird, und dadurch das Haar u seinen Wurzelscheiden von unten herauf w der verschmilzt. Die ganze die Papille u kleidende Epitelkappe beginnt gleichzeitig atrophiren; die Papille selbst bleibt zunäch vollständig intakt, höchstens ihre Grösse ve mindert sich. Später wird aus der schmal Einschnürung am Grunde des Haares e langer unverhornter Epitelialcylinder, der si nach unten in das Rete Malpighii der Haa papille nach oben in das Zelllager fortset welches das Haar liefert. Die Papille noch immer vorhanden. Ihre Epitelialkap ist verschmälert und unverhornt. Der Ve bindungsstrang zwischen Papille und Ha besteht aus Zellen der Schleimschicht. D Haar selbst geht neue Verbindungen ein, i dem von dem oberen Ende jedes Epitelcyli ders aus die äussere Wurzelscheide ihre nu mehr verhornenden Zellen radiär zusamme treten und in das Haar übergehen lässt. D Haar wächst jetzt nicht mehr durch Wuche ung und Verhornung der Rete-Zellen d Haarpapille, sondern durch denselben Vorga Seitens einer bestimmten Strecke des Haa balges und zwar einer Strecke, welche wan dert. Anfangs besteht sie aus der Papill und deren nächster Umgebung, dann trete immer höher gelegene Theile der äussere Wurzelscheide in Thätigkeit. Das schiebend Moment hiefür sucht Schulin in der Oppo sition Seitens des Keimlagers. Alsbald er leidet der Epitelcylinder zwischen dem untere zerfaserten Ende des Haares und der Papill eine von dem Hinaufrücken der letzteren be gleitete Verkürzung. Die Papille setzt sich dabei nach unten in einen in der Verlänger ung des Haares liegenden bindegewebigen

ats fort. Die Verkürzung des Haarbalges
t nicht durch ein Zusammenwachsen
Wände, sondern durch ein Hinaufrücken
Papille. Die Papille kann bis ziemlich
an die Einmündungsstellen der Talg-
n hinaufrücken. In sehr hohen Stadien
Haarschwundes macht sich der ursprüng-
Haarbalg noch in einem soliden, der
trophischen Talgdrüse anhängenden Epi-
fen kenntlich. Der Haarwechsel beginnt
atrophischen Veränderungen. Dann be-
t die Entwickelung des jungen Haares,
n die alte Papille sich wieder senkt und
Wölbung wieder erlangt und vom Grunde
alten Haares sich entsprechend der Senk-
der Papille ein Epitelfortsatz nach unten
t. —

Journal de l'Anatomie et de la Physiol.,
4. p. 410, veröffentlicht Cadiat einen
von Erysipelas phlegmonosum,
welchen die früher von ihm ausge-
chene Ansicht, dass es sich bei dieser
kheit um die Anhäufung von Eiter in
Lymphräumen handelt, bestätigt wird.
einem am Hinterkopfe befindlichen Kar-
el ausgehend entwickelte sich ein Ery-
der Kopfschwarte, in dessen Verlauf sich
eiche umschriebene kleine Abszesse bil-
, deren Sitz in den die Venen begleiten-
Lymphgefässen man genau verfolgen
te, so dass letztere wie von Eiter künst-
injizirt erschienen. Hieran schliesst Ca-
noch drei andere Beobachtungen, in
hen Erysipele an den Armen in multiple
edirungen übergingen und in welchen
der ursprüngliche Sitz der Eiterungen
h deren Ausbreitung schliesslich etwas
ischt war und nicht so deutlich hervor-
wie im ersten Falle, welche jedoch sämmt-
vom Lymphgefässsysteme ausgingen, wie
Anderem auch die Anwesenheit eines
en Lymphstreifens in einem Falle im Be-
e der Affektion zeigte. — Verfasser will
phlegmonöse Erysipel vollkommen ge-
eden wissen von der diffusen Phlegmone,
welchen ersteres in einer Kongestion,
wellung etc. des Papillarkörpers besteht,
m die Affektion der Nachbartheile sekun-
r Natur ist, während bei der eigentlichen
egmone das Unterhautzellgewebe der pri-
und die Haut der konsekutiv erkrankte
il ist. Im Erysipele sieht man ein schlaf-
zuweilen Fluktuation vortäuschendes, in
Phlegmone ein hartes Oedem. Im Ery-
sipele entwickeln sich zahlreiche, anfangs vollkommen begränzte, nur später zusammengeflossene, durch die bereits kranke Haut leicht an die Oberfläche gelangende Absonderungen, in der Phlegmone ist das ganze Unterhautzellgewebe diffus von Eiterung ergriffen, welche unter der gesunden Haut oft grosse Verheerungen anrichtet. Therapeutisch zieht Cadiat hieraus die Schlussfolgerung, dass die Inzision bei dem phlegmonösen Erysipel so spät, bei der diffusen Phlegmone so früh wie möglich gemacht werden muss. — Hieran anschliessend entnehmen wir einer Mittheilung von Dr. Caloy in Toulon (L'Union 1876 Nr. 64), dass derselbe die Behandlung des Erysipelas mit Collodium elasticum rühmt, mit welchem die kranke Hautpartie selbst nebst der anliegenden gesunden Haut im Umkreise von 5—6 Ctm. bestrichen wird. Die Bepinselung ist zu erneuern, sobald sich die Gränzen der Affektion erweitern. Caloy behauptet, seit mehr denn 10 Jahren mit dieser Behandlungsmethode, einzelne wenige Fälle ausgenommen, immer das Weiterschreiten der Krankheit verhindert zu haben. Ebenso will er bei einem auf dem Rücken befindlichen Karbunkel, dessen Inzision verweigert wurde, durch wiederholtes Aufstreichen von elastischem Kollodium mit Freilassung der Stelle, an welcher die Eiterung eintrat, sehr schnellen Eintritt der Eiterung, Verminderung der Schmerzen und Besserung des ganzen Zustandes erzielt haben. — Prof. Boeckel zu Strassburg hat mehrfache Versuche mit Injektion von Karbolsäure bei Erysipelas angestellt. Er bedient sich einer wässerigen, anderthalb-prozentigen Lösung und macht etwa 1 Ctm. vom Rande des Rothlaufs entfernt im Umkreise desselben 5—6 Injektionen einer vollen Spritze Morgens und Abends, bis das Erysipel stillesteht und die Temperatur fällt, wozu es gewöhnlich 3—4 Tage bedarf. Fünf auf diese Art behandelte Fälle werden von ihm kurz referirt. In dreien derselben scheint ein deutlich günstiger Einfluss der Behandlung hervorzutreten, in den zwei anderen jedoch lässt sich eine Wirkung der Einspritzungen nicht wohl erkennen, zumal in dem einen Falle nebenbei noch Chinin und Jodbepinselung angewendet wurden, der andere aber, eine an Brustdrüsenkrebs Operirte betreffend, da der Umfang der Rose zu ausgedehnt war, um genügend mit Injektionen umkreist zu werden, mit dem Tode endete. Trotzdem nennt Boeckel dieses Mittel unter allen das sicherste, welches häufig sehr schwere Erysipele in 2—3 mal 24 Stunden

zum Stillstande bringe. (Schmidt's Jahrb. d. gesammten Medizin, 1877, 4.) —

Die medizinischen Zeitungen der allerjüngsten Zeit brachten fast sämmtlich Mittheilungen über die Taynya, ein neues Heilmittel gegen Syphilis und Skropheln. Einem Berichte hierüber an den Kongress der Aerzte zu Turin entnehmen wir Nachfolgendes: Dieses Medikament, im Besitze der Gebrüder Ubicini in Pavia, wurde von einem derselben auf einer Reise in Brasilien unter den dortigen Eingeborenen als ein Mittel beobachtet, welches dieselben mit Erfolg gegen Syphilis in Anwendung brachten. Er sandte die Wurzel der Pflanze an seinen Bruder in Pavia, welcher sie Aerzten, Pharmazeuten und Spitälern (30.0 Grm. für 4 Mark) zur Verfügung stellt. Die Pflanze wächst wild in Wäldern und auf Bergen, auf steinigem Grunde und oft auch zwischen den Kaffeepflanzungen. Es sind zwar alle Theile dieser Pflanze wirksam, die Wurzel jedoch wird vorgezogen und werden aus ihr zwei alkoholische Tinkturen bereitet. Die kräftigere derselben (Tinctura madre) wird in Grammdosen zu hypodermatischen Injektionen gebraucht und mit Wasser verdünnt als Kompressen zu Umschlägen. Zu Kataplasmen bedient man sich eines Dekoktes der Wurzel. Die schwächere Tinktur (Tinctura diluita) besteht aus einem Theile der Tinctura madre mit drei Theilen rektifizirten Spiritus und wird diese innerlich in Dosen von 2—20 Tropfen 2—3 mal täglich gereicht. — Prof. Santo Garovaglia gibt folgende Notizen über diese Pflanze: Taynya (Dermophylla Pendulina) gehört zu den Curcurbitaceen, wird von Manso zu den Catanet. Brasil. gezählt, von Anderen auch Dermophylla genannt. Stanislaus Martin, Pharmakologe und Mitglied der Akademie der Wissenschaften zu Paris, erhielt ein Kilogramm der Wurzel zur Untersuchung, konnte kein Alkaloid aus derselben darstellen, fand bloss ein grünes Harz, fettige Bestandtheile von gelber Citronfarbe, einen bitteren aromatischen Extraktivstoff, Tannin, Gummi, Glykose, Stärke, flüchtiges Oel, Magnesia, Kalk, Alaun, Eisen und Kali. Prof. Gabba, der im chemischen Laboratorium zu Mailand 1200 Grammen der Wurzel untersuchte, fand, dass die mit Alkohol gekochte Wurzel eine braune, neutral reagirende Lösung gibt. Nach Verdunstung im Wasserbade erhielt er eine amorphe, in kaltem Wasser theilweise, in kochendem Wasser vollständig lösliche Masse. Wurde Schwefelsäure zugesetzt, so trat zuerst keine Veränderung ein, nach einiger Zeit erhielt er mit der Fehling'schen Lösung Zuckerreaktion, was auf das Vorhandensein von Glykose schliessen lässt. Ein Alkaloid konnte auch Gabba nicht darstellen. Prof. Tenoni erhielt bei der chemischen Analyse ähnliche Resultate. — Die neueste ausführliche Analyse wurde von M. Yoon im Bulletin général de Thérapeutique vom 15. September 1876 veröffentlicht. 100 Grm. der getrockneten und gepulverten Wurzel ergaben einen Gehalt von mineralischen Bestandtheilen 11.47, und zwar Kieselsäure 1.0, oxalsauren und kohlensauren Kalk 4.21, Magnesia, phosphorsaure Ammoniak-Magnesia und Pyrophosphat der Magnesia 3.12, Eisen und Alaun 1.23, Kali und Natron 1.39; Spuren von Salz- und Schwefelsäure. Glykose 0.8, Stärkmehl 17.32, Harz in Aether und Chloroform löslich 1.17, eine krystallinische Masse, wahrscheinlich ein Alkaloid, 0.24. Das Harz ist von der Konsistenz des Bienenwachses, von gelber Citronfarbe und bitterem Geschmack, sein Schmelzpunkt ist 49° C. Anfänglich hielt Yoon dasselbe für eine Art Wachs, erkannte jedoch eine saure Reaktion und eine Löslichkeit desselben in Alkalien und Ammoniak. In diesen Lösungen bemerkte er durch das Mikroskop Krystallbildung, welche er für die oben genannten Alkalien hielt. Er stellte auch ein ätherisches Oel dar, welches einen strengen Geruch hatte. Die Bemühungen, ein reines Alkaloid zu erhalten, blieben auch bei diesem Chemiker fruchtlos. — Was die physiologischen Wirkungen des Mittels betrifft, wie sie sich bei den Untersuchungen an Gesunden ergaben, so bestanden diese in Vermehrung des Speichels und des Magensaftes, vermehrtem Appetit, verbesserter Verdauung und leichter Oeffnung bei kleinen Dosen. Bei grösseren Dosen zeigte sich Erbrechen, Kolik, Diarrhoe, Schweissabsonderung und vermehrte Salivation. Die klinischen Erfahrungen ergaben, dass wir in der Taynya ein mildes, angenehmes wirksames Mittel besitzen, welches den Merkur ersetzt, alle Vorzüge desselben besitzt, ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen. Es mögen wohl die Wirkungen des Mittels von den Lobrednern desselben übertrieben sein, jedenfalls verdient dasselbe von den Praktikern gewürdigt und mit demselben Rechte, wie das Quecksilber, in Anwendung gebracht zu werden, um sichere Resultate zu erzielen. (Allg. mediz. Centralztg., Nr. 53, 1877.) —

Jahrbuche f. Kinderheilkunde, N. F. X. 4. Heft, p. 314 ff., veröffentlicht Dr. Peters zu Bonn einige Beobachtungen zur Diätetik des Säuglings, welche er in dem im Herbste 1873 eröffneten Versorgungshause für uneheliche geborene Kinder gemacht hat. Das hatte im ersten Jahre mit schlechten ren Verhältnisse zu kämpfen und daher Mortalität von 60 pCt.; dieselbe fiel, nach rung der äusseren Verhältnisse (eigenes etc.) im zweiten Jahre auf 9 pCt. Die che Leitung hatte zuerst Dr. Siegfried, Prof. Dr. Binz. Letzterer liess die tliche Ernährung (nur in den ersten Wochen erhielten die Kinder Mutter-) folgendermassen leiten: Er gibt konrte Schweizermilch (in den ersten drei ten 1:22, vom 4.—8. Monat 1:18, vom nat ab 1:12), die nur den Nachtheil dass sich aus dem reichen Zuckergehalte arme oder im Blute des Säuglings Milchbildet, welche die Kalksalze in Lösung t und daher die Knochenbildung nicht rt. Desshalb wird Leguminose zugesetzt. Esslöffel voll derselben wird mit einem en Schoppen Wasser unter Zusatz von alz angerührt und etwa eine halbe e lang gut gekocht. Davon wird in den drei Monaten einmal täglich ein Essvoll mit der Milch, den älteren Kindern vier Esslöffel voll in jeder Milchportion eicht. Peters findet den Preis zu weil das Präparat trotz seines schönen ns wahrscheinlich doch nichts weiter ein einfaches, fein zerkleinertes Mehl Leguminosenfrüchte. (Dasselbe kostet Mk. pro Pfund und der Verfertiger enstein) leugnet bekanntlich nicht, dass Leguminose nur fein pulverisirtes n-, Linsen- und Bohnen-Mehl, nach nung der Cellulose gewonnen, verwen- — Einen interessanten Beweis, wie viel ht auf die Beschaffenheit der von den rn eingeathmeten atmosphärischen Luft gen ist, bringt Verfasser bei, indem er Fall erzählt, in welchem sämmtliche r sich dadurch Dyspepsie zuzogen, dass ehr strenger Kälte am Ofen derselben e, in welcher sie sich befanden, die Wingetrocknet und gleichzeitig die Fenster geöffnet worden waren. Sobald dieser stand vermieden wurde, verloren sich Brechanfälle. Bei dergleichen dyspeptiStörungen, welche durch einen Mangel Magensaft oder doch verdauungsfähigem Magensafte bedingt sind, gab Peters mit gutem Erfolge verdünnte Salzsäure (mehrmals täglich einen Theelöffel voll von 0.05:100.0). Gegen wirklichen Magendarmkatarrh aber wurde, ebenfalls mit gutem Erfolge, Gummi arabicum (1—2 Theelöffel voll in $^1/_4$ Liter der erwähnten Milchlösungen) gegeben; es wirkt dadurch, dass es nicht allein die von Epitel entblösste Darmwand überkleidet, sondern auch die feste Gerinnung des Kuhmilchkaseïn verhindert. — Schliesslich bespricht Verfasser die Wirkung der Bäder auf die Körpertemperatur des Säuglings. Er liess Vollbäder von verschiedenen Temperaturen (25, 26, 29° R.) in Süsswasser oder 4—6 pCt. kochsalzhaltigem Wasser bereiten, mass die Aftertemperatur vor, in und nach dem Bade und kam dabei zu dem Resultate, dass ein Vollbad von 3 Minuten Dauer, gleichviel ob in Süss- oder Salz-Wasser, die Körpertemperatur fast nie herabsetzt oder höchstens um einen halben Zehntelgrad, was auch Liebermeister, Kernig und Jürgensen konstatirt haben. Peters glaubt, dass dies auf der allen warmblütigen Thieren gleichmässig zukommenden Eigenschaft beruhe, dass der Wärmeverlust an der Körperoberfläche geringer, die Wärmeproduktion im Körper aber durch eine Steigerung der Intensität des Stoffwechsels in den Geweben erhöht wird und umgekehrt. Erst nach dem Bade tritt eine Temperaturverminderung ein, deren Maximum sich erst nach etwa 20 Minuten einstellt. Bei Bädern von 25° R. betrug der Temperaturabfall im Mittel aus sechs Versuchen 0.83° C., bei solchen von 26° R. im Mittel aus 7 Beobachtungen 0.45° C., bei solchen von 29° R. im Mittel aus 6 Fällen 0.22° C. Dass die analogen Beobachtungen, von obengenannten Forschern an Erwachsenen angestellt, andere Zahlenwerthe ergeben haben, erklärt nach Liebermeister Verfasser daraus, dass, je kleiner ein Individuum ist, desto grösser seine Oberfläche im Verhältnisse zu seinem Körpergewichte ist, desto grösser also auch die im kalten Bade abgekühlte Fläche. Es muss daher nach dem Bade bei kleinen Individuen die Körpertemperatur mehr sinken als bei grossen. Salzbäder ergaben fast dieselben Resultate wie Süsswasserbäder; die Temperaturabfälle waren nach dem Kochsalzbade nicht grösser, sondern eher geringer. Hiernach ist die Wirkung warmer Salzbäder, welche Dr. Schwalbe beobachtete, nicht dem Salzgehalte, sondern der niedrigen Temperatur

(30—31° C. = 24—24.8° R.) und der langen Dauer (10 Min.) zuzuschreiben. Dagegen erzielte Peters bei fiebernden Kindern mit 39—40° C. Mastdarmtemperatur durch 10 Minuten lange Bäder fast regelmässig einen Temperaturabfall von 1,5—2° C. —

Die bei 122 Fällen im Laufe des letzten Winters auf der chirurgischen Klinik in Göttingen genau beobachteten Veränderungen der Pupille in der Chloroformnarkose ergaben nach Dr. H. Schläger dortselbst folgende Resultate: Eingetheilt wurde die Narkose in das Stadium 1) der bewussten Empfindung, 2) der Excitation und 3) der Toleranz. In den beiden ersten Stadien war die Pupille in den meisten Fällen von gewöhnlicher Weite, in wenigen Fällen dicht vor dem Uebergange in die Toleranz ganz weit und für Lichteindrücke empfindlich; in dem 3. Stadium, dem der Toleranz, konnte Schlaeger in 120 Fällen absolute Enge und in 119 absolute Bewegungslosigkeit der Pupillen konstatiren. Als ein bedrohliches Symptom von Chloroformvergiftung musste es angesehen werden, wenn im Stadium der Toleranz die enge Pupille mit einem Schlage weit wurde, wie es in zwei Fällen beobachtet wurde; in dem einen Falle schien die Beeinträchtigung von Seite des Herzens, in dem anderen von Seite der Lunge auszugehen, in beiden war es möglich, durch Vorschieben des Kiefers und durch Einleitung der künstlichen Respiration das Leben wieder hervorzurufen. — Schliesslich gibt Schlaeger noch folgenden praktischen Wink für den Chloroformirenden: Beginnt die Pupille im Stadium der Toleranz wieder der gewöhnlichen Weite zuzustreben, so ist das Stadium der Excitation in der Nähe und man muss wieder Chloroform geben; beginnt aber die Pupille im Stadium der Toleranz beim anhaltenden Chloroformiren plötzlich weit zu werden, so ist sofort das Chloroform auszusetzen. Verfasser glaubt — indem er die Ueberwachung der Athmung als beste und sicherste Garantie für den günstigen Verlauf der Narkose anerkennt — als Hilfsmittel die Pupillenveränderung mit hinzuziehen zu dürfen. (Centralblatt für Chirurgie, 1877, Nr. 25.) —

Claude Bernard legte der Société de Biologie zu Paris (Sitzung v. 14. April 1877) die Resultate neuer Untersuchungen über thierische Wärme vor, die wir nach einem Referate der Wiener mediz. Wochenschrift hier wieder geben: Von 2 mit einander verbundenen langen thermoelektrischen Säulen legte Bernard, entweder durch die Cruralgefässe oder durch die Gefässe des Halse vordringend, die eine in die Aorta, die andere in die Vena cava und dabei beobachtete er: 1) Die Temperatur des arteriellen Blutes bleibt im ganzen Verlaufe der Aorta und der grossen Arterienstämme konstant dieselbe. 2) In den peripherischen Körpervenen der Extremitäten und am unteren Theile des Halses ist das venöse Blut kälter, im Herzen ist es wärmer, als das arterielle. 3) Verfolgt man die Temperatur des venösen Blutes im Verlaufe der Vena cava infer., so bemerkt man, dass das Blut im Niveau der Nierenvenen, in der Aorta und Vena cava inf. schon gleich warm geworden ist, und dass im Niveau der Lebervenen das Aortenblut schon um einige Zehntheile eines Grades kühler ist als das Blut in der Vena cava. Diese Erwärmung des Venenblutes rührt her von einer Beimischung des aus den Nieren, dem Darm und der Leber zurückkehrenden *Blutes*, das eben wegen verminderter Wärmeabgabe von höherer Temperatur ist. — Wenn man an peripheren Theilen künstlich die Abgabe von Wärme und die Abdunstung verhindert, so kann man dadurch ebenfalls die Temperatur des venösen Blutes über diejenige des arteriellen steigern. Das Blut erwärmt *nicht blos* die Gewebe, sondern bezieht auch aus ihnen primär seine Wärme, so dass eigentlich die Gewebe die Produktionsstätte der thierischen Wärme sind. — Der Temperaturerhöhung im Momente der Muskelkontraktion so wie jener im Momente der Sekretionsreizung der Speicheldrüsen geht immer ein Abfall *der Temperatur* voraus. — Reizung der Vasomotoren allein bewirkt immer Beschleunigung *des Kapillarstromes*, aber auch Herabsetzung der Temperatur des Gesammtorganismus; Reizung der thermischen Nerven bewirkt, wohl sekundär, auch vasomotorische Effekte, ist aber immer von Erhöhung der Temperatur *des Gesammtorganismus* begleitet. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

31. *Erlangen*, am 4. August 1877.

entlich
gen von
rteiten.
jährlich
Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Ueber Cysticerken. Entzündungslymphe und Stauungslymphe. Ueber akute Endokarditis. Zur Diagnose zwischen akuter Phosphorvergiftung und akuter Leberatrophie. Neue Theorie über den Ursprung des Typhus. Ueber Neurosen. Cyanochrosis nosocomialis. Mittel zur Herabsetzung der Harnstoffausscheidung in fieberhaften Krankheiten. Künstliches Zahnbein. Methode zur Beseitigung der Hindernisse, welche die Prostatahypertrophie der Harnentleerung entgegenstellt.

er zweite jüngst erschienene Band der ner Charité-Annalen enthält eine Arbeit G. Lewin über den Cysticercus ulosae und dessen Vorkommen in Haut des Menschen. Verf. stützt dabei auf drei von ihm selbst beobachFälle dieser Erkrankung. Der erste betraf einen 22jährigen mittelkräftigen senfeger, welcher 5 kirschkern- bis haselgrosse Hauttumoren zeigte, deren Exstirn Cysticerken ergab. Die prall-elastischen chwülste liessen sich zwischen der normaHaut und dem Unterhautbindegewebe verieben. Einen atypischen Kopfschmerz desen Patienten, welcher oft mehrere Stunanhielt, glaubt Lewin auf Cysticercus ebri zurückführen zu können, zumal ähne Symptome von anderen Autoren in er Weise durch Autopsie aufgehellt wur. Zwei neue Hauttumoren wurden ein r später konstatirt. — Der zweite Fall, einem 28jährigen Oekonomen, zeigte 32 liche Bildungen, welche Patient seit 2 Jahn beobachtet hatte. Er klagt seit einem re über leichte asthmatische Beschwerden. Der dritte Fall, ein kräftiger Arbeiter, gte einen haselnussgrossen Tumor unter rechten Brustwarze. Hier wie im vorigen lle ergab die Exstirpation Cysticerken. — e thierische Natur des Cysticercus wurde 65 durch Hartmann in Königsberg festtellt; 1741 schnitt Boretus einem Kranm einen Tumor aus und scheint die paraäre Natur desselben erkannt zu haben. 30 Jahre später erkannte Goetze das Thier in einem ausgeschnittenen Tumor. Peter Frank spricht die Vermuthung aus, dass Knötchen, welche er öfter in grösserer Zahl bei Patienten gefunden, Cysticerken gewesen seien. Krukenberg war jedoch der Erste, welcher eine bewusste klinische Diagnose auf Cysticercus stellte und durch die Untersuchung nach erfolgter Exstirpation bestätigte. Dann folgen seine beiden Schüler Uhde und Stich, Lafitte, Lancereaux (über 1000 Geschwülste, eine unter der Zunge), v. Dumreicher (Kopfschmerz und Schlaflosigkeit liessen auf Cyst. cerebri schliessen), Höcker, Frankenhäuser, v. Gräfe (Cyst. in der Orbita, hinter dem Musc. orbicularis und der Fascie, zugleich eine kleine Anschwellung am unteren Lide). Sonst wurde das Thier nur post mortem gefunden. — Lewin betont nun die diagnostische Wichtigkeit der Hautcysticerken für die Erkennung der Erkrankung innerer Organe, besonders des Auges, Gehirnes, der Lunge, des Herzens etc. Der durch viscerale Cysticerken hervorgerufene Symptomenkomplex ist ein so interessanter, dass oft nur der Befund der Hautcysticerken ihn aufhellen kann. Lewin konstatirt, dass der Cysticercus zu den häufigsten Parasiten gehört und dass er noch öfter als Echinokokkus und Trichina spiralis bei Sektionen gefunden wird. Ausserdem ist die Unterhaut (Tela cellulosa), wie schon sein Name ergibt, sein Lieblingssitz. Stich sah ihn in kurzer Zeit 4 Mal, Lewin in 3 Monaten 3 Mal. Der Parasit

wird fast stets übersehen, was Lewin auf die mangelhafte Hautuntersuchung und besonders Hautpalpation zurückführt. Er bringt den Beweis bei, dass in einer Reihe von Fällen die Diagnose von Hirn- und anderen visceralen Cysticerken ante mortem möglich gewesen wäre, wenn nicht die zahlreich vorhanden gewesenen Hauttumoren einfach übersehen worden wären. Häufig sind auch Verwechslungen der Hauttumoren mit Gummigeschwülsten, Fibromen, Drüsen etc. vorgekommen. Nur der mikroskopische Befund gibt absolute Sicherheit für die Diagnose. Doch kommen folgende Punkte für die differentielle Diagnose in Betracht. Einmal der Sitz, welcher fast stets ein tiefer ist. Die Haut ist über den Tumoren frei verschiebbar, oft prominirt sie gar nicht. Die Grösse entspricht meist Erbsen bis Haselnüssen. Selten sind linsen- oder taubeneigrosse Tumoren. In inneren Organen kann die Geschwulst die Grösse einer Citrone, ja eines halben Kindeskopfes erreichen. Das Verhältniss der Parasiten zur Bindegewebshülle ist sehr verschieden. Es kann sich letztere zu ersterem wie 4:3, 10:3 oder 15:3 verhalten. Das Volumen des Tumors kann wachsen. Einmal durch Verdickung der Kapsel; es entspricht diese der entzündlichen Reaktion, welche das Thier hervorruft und welche bei verschiedenen Individuen und bei differentem Sitze sehr verschieden ausfällt; sodann durch Wachsen des Thieres und endlich durch Vermehrung des wässerigen Inhaltes der Blase. Die Angabe Stich's, dass auch Verkleinerung des Tumors vorkomme, entbehrt jeder Bestätigung. — Die Form der Tumoren ist rund oder oval. Letzteres mehr bei Muskelcysticerken. Die Konsistenz ist nicht nur prall-elastisch, sondern meist knorpelhart, ähnlich dem resistenten Knorpel junger Kälber. Beim Eintritte eiteriger Entzündung entsteht Fluktuation, wobei die sich verlöthende Haut roth wird. — Die Anzahl der Tumoren ist oft eine beträchtliche; sie kann bis zu 1000, ja 2000 steigen; meist ist sie bedeutend kleiner; nicht selten kommt das Thier solitär vor. Die Oberfläche des Tumors ist stets glatt. Für die Diagnose sind ferner die nicht ganz seltenen, durch die Tumoren gesetzten, nervösen Störungen der Sensibilität und Motilität bemerkenswerth. Lewin tritt im Gegensatze zu anderen Autoren mit Entschiedenheit für die Lokomotionsfähigkeit der Cysticerken ein und erklärt daraus eine Reihe von dunklen Symptomen. Dem Embryo des Cysticerkus wird allgemein die Fähigkeit zugeschrieben, mittelst seiner Häckchen das Parenchym der Organe zu durchdringen und in die Därme oder Lymph- und Blutbahnen zu kriechen. Dass aber auch dem ausgewachsenen Blasenwurme Lokomotion zukomme, dafür spricht das Vorhandensein organischer Muskelfasern am Halse und an der Schwanzblase. Auch kann der Parasit, so lange er klein ist, gewiss so gut wie der Embryo den Widerstand der Gewebe überwinden. Lewin fand einen konisch zulaufenden Anfangstheil der Kapsel, welcher ihm für ein allmähliges Wachsen des Thieres zu sprechen scheint. Die Lokomotionsfähigkeit erklärt die vielgestaltige Phänomenologie der parasitären Enkephalopathie. Erst wenn der Parasit an einer Stelle zur Ruhe kommt, bildet sich ein konstanter Symptomenkomplex aus. — Die Lebensdauer des Cysticercus wird von Stich auf 3 bis 6 Jahre angegeben und fast alle Autoren folgen dieser Angabe. Doch sprechen andere Fälle dafür, dass diese für die Prognose so günstige Angabe falsch ist. Im Auge kann sich der Parasit allerdings 6 bis 10 Jahre und darüber halten. Auch im Gehirne scheinen Fälle bis zu 12jähriger Dauer vorgekommen zu sein. — Die Infektion kann entweder durch die Eier der im eigenen Darme sich aufhaltenden Tänia (Selbstinfektion) oder durch die Eier des Bandwurmes eines Anderen herrühren. Die Selbstinfektion kann vom Darme ausgehen. Die geschlechtsreifen Proglottiden der Tänia solium verlieren ihre Eier im Darme, die Schalen werden mechanisch durch die Fäkalmassen zertrümmert oder chemisch durch die Darmsekrete gelöst. Oder es gelangen Glieder der Tänia in den Magen. Denn es kommt vor, dass Tänien nahe dem Pylorus sich anheften oder wenigstens mit ihren letzten geschlechtsreifen Proglottiden in den Magen reichen. Ausserdem aber gelangen letztere unter Umständen bei dem Erbrechen in den Magen, wobei die Gefahr um so grösser ist, als ein solches Glied Tausende von Cysticercusembryonen enthalten kann. Die Koexistenz von Cysticercus und Tänia ist verschiedentlich von Gräfe, R. Wagner, Leudet u. A. konstatirt worden. Auch Frerichs sah einen hiehergehörigen Fall, in welchem durch Gehirncysticerken Diabetes insipidus veranlasst wurde. Lewin stellt die Hypothese auf und begründet sie eingehend, dass die bei Bandwurmkranken nicht selten vorkommenden Störungen im Nervensysteme und den Organen

der Respiration und Cirkulation nicht auf reflektorischem Wege zu Stande kommen, sondern durch Cysticerken in den betreffenden Organen veranlasst werden. Reflexerscheinungen werden im Darme überhaupt sehr selten ausgelöst, Tänien machen sehr geringe Läsionen und die bei weitem überwiegende Mehrzahl aller Fälle verläuft symptomenlos. Fälle, in welchen Tänienkranke an Epilepsie, Schwindel, Asthma erkrankten, wurden durch Abtreibung der Tänia nicht dauernd gebessert. — Die Therapie des Cyst. cellul. ist fast gänzlich erfolglos. Am meisten dient Exstirpation der zugänglichen Geschwulst. Wahrscheinlich gelingt auch die Entleerung des flüssigen Inhalts durch Punktion, um das Thier abzutödten und der Vorschlag Davaine's, 2 Tropfen Alkohol in jede Kyste zu injiziren, ist nach Lewin beachtenswerth. — Dagegen muss die Prophylaxis sorgfältig beachtet werden. Bekanntlich entstammt der Cysticercus des Menschen den Eiern unserer eigenen Tänie, welche wir durch den Genuss von cysticerkenhaltigem Schweinefleische aufnehmen. Das Schwein aber nimmt unseren Bandwurm mit den Exkrementen in sich auf. Lewin wünscht daher zunächst, dass der Koth nach Orten gebracht werde, an welchen Schweine nicht hingelangen, oder wenigstens durch systematische Stallfütterung die Schweine vor Ansteckung geschützt werden. Ausserdem werden unsere eigenen Exkremente für uns gefährlich, indem die Proglottideneier frei werden, mit dem Staube in die Athemluft oder auf Gras, Gemüse, Früchte etc. gelangen. Ferner bietet der Genuss des Schweinefleisches mannigfaltige Infektionsgelegenheiten. Fleischer, Köchinnen etc. bilden das grösste Kontingent der an Tänien und Cysticerken Leidenden. Von den Frauen, welche durch das Kochen rohen Fleisches exponirt sind, werden unter Umständen die Kinder infizirt, wie Lewin annimmt, wahrscheinlich, indem beim Durchtritte durch die Scheide Proglottiden mit dem Fruchtwasser verschluckt werden (?). Lewin verlangt vor Allem vollständiges Kochen und Braten des Schweinefleisches. Bei dem Abtreiben der Bandwürmer muss jedes Erbrechen so weit wie möglich verhindert werden, damit nicht Proglottiden in den Magen gelangen. Der abgetriebene Bandwurm muss mit scharfen Säuren oder kochendem Wasser begossen werden. Auch das Reh beherbergt den Cyst. cellul., daher auch die Zubereitung des Rehfleisches eine sorgfältige sein muss. — Die Taenia mediocanellata seu saginata ist ein sehr häufiger Parasit; die hackenlose Finne desselben kommt beim Rinde, Kalbe und Hammel vor. Sie ist gegen Anthelmintica widerstandsfähiger als die T. solium. Kinder infiziren sie durch Genuss des mit Unrecht empfohlenen rohen Rindfleisches, Erwachsene durch Genuss der nicht durchgebratenen Beefsteaks und Roastbeefs. Bemerkenswerth für die Fleischschau ist, dass diese Thiere sehr klein sind und tief in den Muskeln zu sitzen pflegen. —

Da der blosse Befund eines Oedemes an einer entzündeten Körperstelle keinen Aufschluss darüber gibt, ob während des entzündlichen Prozesses eine Resorptionsbehinderung stattfindet, oder ob der aus den betroffenen Theilen die Flüssigkeiten abführende Lymphstrom eine Beschleunigung erfährt, so unterzog O. Lassar im pathologischen Institute zu Breslau diese Frage einer experimentellen Bearbeitung. Er verwendete grosse, meist jüngere Hunde, reizte die eine Hinterpfote des betreffenden Thieres durch Aufpinseln von Krotonöl, durch subkutane Injektionen von Terpentinöl oder Petroleum oder drittens durch Eintauchen der vorher umschnürten Extremität in ein auf 50—54° C. erwärmtes Wasserbad. In die grossen, die V. saphena begleitenden Lymphgefässe jeder Seite wurde je eine Kanüle eingebunden und die Sekretion der entzündeten Extremität mit der normalen verglichen. In zwei mitgetheilten Versuchen betrug die Absonderung der entzündeten Pfote 28,5 Ccm. gegenüber 4,0 Ccm. der gesunden und 19,5 Ccm. gegen 2,7 Ccm. während der Dauer einer Stunde; eine sofort nach der Verbrühung angestellte Messung ergab:

Entzündete Pfote:		Gesunde Pfote:	
1. Viertelstunde	2 Ccm.	2 Stunden später:	1,0 Ccm.
2. „	2,5 „		0,5 „
3. „	3,0 „		0,4 „
4. „	3,0 „		0,2 „
1 Stunde:	10,5 Ccm.		2,1 Ccm.

Ganz ähnlich trat eine beträchtliche Beschleunigung des Lymphstromes bei mässig fester Umschnürung der Extremität ein, wobei die Durchschneidung des N. ischiadicus keinen erkennbaren Einfluss übte. Ihren morphologischen und chemischen Eigenschaften nach sind die „Entzündungslymphe" und die „Stauungslymphe" indessen sehr verschieden. Die erstere ist eine gelbliche, etwas opalisirende zähe Flüssigkeit, welche sehr leicht, oft schon in der Kanüle gerinnt, verhältnissmässig viel (ca. 7,0 pCt.) feste Bestandtheile, wenig rothe Blutkörperchen und grosse Menge farbloser Zellen enthält. Die Stauungslymphe ist leicht röthlich tingirt, dünnflüssig, gerinnt langsam und unvollständig, ihre festen Bestandtheile (ca. 3,3 pCt.) betragen kaum die Hälfte im Vergleiche zur Entzündungslymphe und mikroskopisch findet man in ihr fast ausschliesslich rothe, sehr vereinzelt farblose Blutkörperchen. Die Unterschiede blieben konstant, ob Verf. die Lymphe vor oder nach ihrem Eintritte in Lymphdrüsen untersuchte, selbst eine Entzündung der Drüsen änderte nichts an der Beschaffenheit der Lymphe selbst, ebensowenig eine elektrische Drüsenreizung. Die Konstanz dieser Unterschiede in beiden Lympharten sprechen Lassar gegen die Arnold'sche Hypothese, dass der Austritt von chemischen und morphologischen Blutbestandtheilen durch die Gefässstomata erfolgen solle; er nimmt dafür eine — freilich nicht anatomisch nachweisbare — Veränderung der Gefässwand an, welche bei einer Entzündung selbst solchen Elementen zum Austritte aus der Blutbahn verhilft, welche unter stärkster Druck- und Stauungswirkung nicht transsudiren. (Virchow's Archiv, Bd. LXIX, Seite 516.) —

In der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, medizinische Sektion, Sitzung vom 19. März 1877, hielt Prof. Koester Vortrag über akute Endokarditis. Man unterscheidet nach Redner gewöhnlich zwei Formen von akuter Endokarditis: eine ulzeröse oder diphtherische, und eine verruköse oder papilläre. Bei ersterer handelt es sich um nekrotische und ulzeröse Defekte des Klappengewebes, bei letzterer um wirkliche Gewebsexkrescenzen, um ein aus dem Klappengewebe hervorsprossendes Granulationsgewebe. Letztere Form ist somit in anatomischem Sinne nicht als eine akute Endokarditis aufzufassen. Bei der ulzerösen Endokarditis ist aber die Ulzeration und selb die Entzündung nicht das Primäre. Bei gü frischen Fällen findet man stets, was bis jet einige Male nachgewiesen ist von Heiberg Eberth u. A., eine körnige, zum grössti Theile aus Mikrokokken bestehende Auflage ung. Der erste Effekt der mikrokokkische Infektion ist aber hier wie auch bei den mi liaren Abszessen der Nieren, des Herzmuskl und anderer Organe eine um die Mikrokokk entstehende Nekrobiose. Erst um diese e folgt eine reaktive Entzündung entweder i Form der Eiterung mit oder ohne Ulzerati oder in einer langsamer auftretenden und st weilen erst auf dem Ulzerationsboden en stehenden Granulation. Somit sind beide For men der Endokarditis mehr oder weniger in direkte Effekte der mikrokokkischen Infektio Die Mikrokokken aber lagern sich nach de Untersuchungen des Vortragenden nicht au dem an den Klappen vorüberströmenden Blu ab, wie man bisher annahm, sondern gerathe durch die Koronararterien in deren Endver zweigungen und werden peripherwärts so we wie möglich eingetrieben. Ein Theil bleib häufig in den Gefässchen der Muskulatu sitzen und erzeugt die sogenannten miliare embolischen Abszesse. Viel günstiger für ein Embolie sind die anatomischen Einrichtunge der Klappengefässe, indem sowohl von de Insertionsstelle der Klappen als von den Pa pillarmuskeln her durch die Sehnenfäden al Gefässe nach den sogenannten Schliessungs linien oder den Nodulis zustreben und hie einen Kapillarkranz bilden. Durch die per manente Anämie der Klappengefässe und di mechanischen Zerrungen begünstigt werde die Mikrokokken mit Vorliebe bis in die Ge fässe der erwähnten Stellen hineingetrieben Hier äussern sie schon innerhalb der Klappe ihre oben angeführten Wirkungen oder sie treten und wuchern durch die Gefässe un das umliegende Gewebe bis zur freien Fläch durch, um sich hier reichlich zu vermehren und die vermeintliche Auflagerung zu bilden Somit ist die akute Endokarditis dasselbe wi die miliaren Abszesse, nämlich eine mikrokokkische Embolie mit deren Folgen auf das Klappengewebe.

Vergleicht man den Krankheitsverlauf und das Resultat der Obduktion bei akuten Phosphorvergiftungen mit jenen einer akuten Leberatrophie, so ergeben sich nach Prof. Maschka in Wien wohl gewisse

chkeiten, die eine Täuschung, nament- während des Lebens möglich erscheinen , doch aber auch wichtige Momente, e schon ohne Zuhülfenahme der chemi- Untersuchung die Diagnose ermöglichen. gleiche Erscheinungen während des s müssen hervorgehoben werden: der e Verlauf, das Erbrechen, der hinzutre- Ikterus, die Schmerzen in der Leber- d, der baldige Kollapsus. Bewusstlosig- Sopor und die mitunter auftretenden en erscheinen bei Phosphorvergiftung hnlich erst kurz vor dem Tode, bei aku- eberatrophie viel früher. Bei Phosphor- ftung treten gleich anfangs die Irritations- einungen im Magen mit grosser Inten- auf; bei Leberatrophie pflegen mehr all- ines Unwohlsein und minder heftige rische Erscheinungen, kurz die Zeichen allgemeinen Erkrankung vorherzugehen. Phosphorvergiftung ist endlich schon wäh- des Lebens eine rasche Volumszunahme Leber nachweisbar, während bei Leber- hie eine Verkleinerung der Leber nach- esen werden kann. Was den Sektions- nd anlangt, so findet man in beiden len ikterische Färbung, Blutaustretungen Fette, den Muskeln, dem Bindegewebe den serösen Häuten, ferner Verfettungen Herzens, der Nieren und blutigen oder rtigen Inhalt im Magen. Dagegen findet a) bei Phosphorvergiftung bedeutend grösserte Fettleber; bei Leberatrophie Ver- erung in allen Durchmessern und mikro- isch: vergrösserte Leberzellen mit Detri- und feinkörnigem Fette gefüllt, öfter Kry- e von Leucin und Tyrosin, b) bei Leber- hie ist auch der ganze Dünndarm mit ger, theerartiger Flüssigkeit angefüllt, rend bei Phosphorvergiftung dieser Inhalt öhnlich nur in der Höhle des Magens ge- en wird. c) Hyperämie, Schwellung, blu- Suffusion und Arrosionen der Magen- leimhaut sprechen — wenn sie vorhan- — für Vergiftung mit Phosphor, können auch bei dieser Vergiftung fehlen. d) Bei ter Leberatrophie kommen harte, knollige, nweiss gefärbte Fäkalmassen im Dickdarme , niemals bei Phosphor-Vergiftung, bei wel- im Gegentheile gewöhnlich Katarrh der leimhaut und flüssige Kothmassen gefun- werden — eine für die differentielle agnose sehr wichtige Erscheinung. Das Vorkommen von Leucin und Tyrosin, iche Substanzen Zersetzungsprodukte stick- haltiger Substanzen darstellen und auf Zerfall der stickstoffhaltigen Lebersubstanz hindeuten, hält Maschka für kein charakteristisches Unterscheidungszeichen, da sie in beiden Fällen vorkommen und auch fehlen können. (Wiener med. Wochenschrift, Nr. 17, 1877.) —

Im British med. Journal (Nr. 845, 1877) gibt W. Stewart eine neue Theorie über den Ursprung des Typhus bekannt. Vor drei Jahren beobachtete derselbe einen Typhusausbruch in einer Reihe von sechs Häusern auf dem Kamme eines Hügels, 2 Meilen von Barnsley; ein Schlachthaus am Ende der Reihe entleerte seine Abfälle, namentlich Blut, in den gemeinsamen Kanal, in welchem dieselben stagnirten und sich zersetzten; die Hauskanäle mündeten direkt in den verpesteten Kanal und konnten die Gase des letzteren bei Mangel jeglichen Verschlusses in die Häuser gelangen, in welchen deshalb oft ein furchtbarer Gestank herrschte. Die Infizirung mit den Produkten der Blutzersetzung durch das Trinkwasser wurde in dem Falle von Dr. Domenichetti konstatirt; V. Feltz wies in seinem Vortrage vor der Académie des sciences nach, dass durch Injektionen mit putridem Blute an Hunden dem Typhus analoge Störungen herbeigeführt werden können. Die Erscheinungen, welche durch Aufnahme zersetzten Blutes im Wochenbett gesetzt werden, sind klinisch den Typhuserscheinungen ganz ähnlich, abgesehen von den örtlichen Störungen. Auch die Typhusinfektion durch Verunreinigung mit menschlichen Exkrementen findet eine Erklärung nach dieser Theorie; heftige Diarrhöen entleeren Blutserum, welches zersetzt in gleicher Weise wirkt. Die acht Fälle von Dr. Low scheinen diese Annahme zu stützen (Emanationen aus diarrhoïschen Stühlen). Die Weiterverbreitung des Typhus durch die Entleerungen wird jetzt in England nahezu allgemein acceptirt. So dürfte sich auch das Vorwalten dieser Krankheit in gewissen Monaten, im Oktober, November und Dezember, am besten erklären, wenn man den Typhus aus der Zersetzung von serösen Ausleerungen heftiger Diarrhöen hervorgehen lässt, und zieht Stewart hier die Bemerkung Liebermeister's in Ziemssen's Cyklopädie über das Verhältniss der Lufttemperatur zum Typhusausbruche bei; doch während Liebermeister jede Epidemie und jeden isolirten Fall auf Infektion mit dem spezifischen Typhusgifte zurückführt, glaubt

Stewart, wenn es einmal ganz feststeht, dass Typhus durch putride Zersetzung von Blutserum entstehen könne, in dem mehr weniger häufigen Auftreten von Sommerdiarrhöen eine Quelle der in den letzten drei Monaten des Jahres entsprechend stark auftretenden Typhusepidemie zu finden. —

Dr. A. Jacobi macht in dem Americ. Journal of Obstetr. IX. 2 darauf aufmerksam, dass bei Kindern von 5—12 Jahren Neurosen in den verschiedenen Gelenken, namentlich dem Knie-, Fuss- und Hüftgelenke nicht selten seien; ebenso fände man den Condylus internus des Schenkelknochens, den Prozessus styloideus der Ulna und die Wirbelsäule leicht schmerzhaft; dieselbe Erscheinung trete im Verlaufe der peripheren Verzweigungen verschiedener Nervenplexus besonders an den Stellen auf, wo sich dieselben nach den Gelenken, den Knochen und deren Beinhaut zu vertheilen. Es werden von ihm Fälle von „hysterischen" Hüftgelenkentzündungen bei Mädchen von 11, 9 und 14 Jahren mitgetheilt. In letzterem Falle bestanden die Schmerzen im Hüftgelenke über 2 Jahre in solcher Heftigkeit, dass die Patientinnen fast stets das Bett hüten mussten. Eine Osteitis mit sehr schleichendem Verlaufe wurde vermuthet. Auffallend war der Mangel jeder Temperatursteigerung und der gute Ernährungszustand der Kranken. Völlige Heilung erfolgte, wenn auch ganz allmählig, fast ohne Therapie. — Diesem werden Fälle angereiht mit bedeutenden Schmerzen im Verlaufe des rechten Ulnaris, im Schultergelenke, im Hand-, Knie- und Fuss-Gelenke, die ebenfalls völlig fieberfrei verliefen. — Reizerscheinungen und Paralysen im Bereiche des N. vagus, welche bei „Hysterie" Erwachsener häufig zur Beobachtung kommen, sind bei Kindern seltener, weniger selten ist der „hysterische Husten". Dieser klingt hohl, abgebrochen und tritt fast nie im Schlafe auf. Die Untersuchung der Lungen und des Kehlkopfes ergibt völlig negative Resultate. Paralysen und Paresen von einfach neurotischem Charakter sind ebenfalls nicht sehr häufig, da diese meist centralen Ursprunges sind. — Einen sehr interessanten Fall beobachtete Verf. bei einem 9 Jahre alten Mädchen. In Folge von allgemeinen chronischen Krämpfen blieb eine Lähmung des Oculomotorius rechterseits zurück, nur der M. obliquus sup. war verschont, komplete Ptosis bestand, das rechte Auge war nach aussen gerichtet, die Pupille etwas erweit reagirte aber auf einfallendes Licht. Lin seits war nur der M. rect. int. intakt geb ben. Die Zunge wich etwas nach rechts Allmählig erfolgte Heilung; aber nach ei neuen Krampfanfalle traten wieder dieselb Symptome auf; gleichzeitig bestand Anä und periodischer Kopfschmerz. Ein ener scher Druck auf den N. supraorbitalis die Aufforderung, das Auge zu öffnen, bes tigte die Ptosis sofort, geringe Rückfälle folgten, aber ein gleiches Verfahren, unt stützt durch Roborantien, führte schliess eine vollständige Heilung herbei. — Ande Formen von Paralysen, augenscheinlich au neurotischen Charakters, gleichen in hoh Grade den essentiellen Kinderlähmungen. D Unterschied liegt mehr im Endverlaufe im Beginne. Cirkulationsveränderungen Rückenmarke tragen augenscheinlich die Schu Die Affektion ist in die vorderen Hörner verlegen, da sensible Störungen fast niem vermisst werden. Blase und Mastdarm bleib stets verschont. Fälle der Art sind bei E wachsenen zur Genüge bekannt. — Im Folge den wird ein Fall mitgetheilt von einer P rose und erhöhten Irritabilität mit gleichz tiger Neurose des Sympathicus. Die Zell des sympathischen Nervensystemes entwick sich im Embryoleben früher als die Zell des Cerebrospinalsystemes; diejenigen, welc in den Nervencentren eingeschlossen liege früher, als diejenigen, welche sich in d ausserhalb liegenden Organen finden; die d vorderen Hörner des Rückenmarkes eher, a die der übrigen Theile desselben. Mit andere Worten, die Centren der Cirkulation (und d Bewegung) gehen in der Entwicklung d übrigen Centren voran. Hieraus erklärt sic die grössere Reizbarkeit und Vulnerabilit des Nervensystemes bei kleinen Kindern. Di Erkrankung betraf ein $10^1/_2$ Jahre altes Mäd chen. Sie war schon mehrere Jahre kränk lich gewesen, überstand im Januar 1874 einen heftigen Krampfanfall und im Februar kam sie in Behandlung des Verf. Es entstan eine fast vollständige Paraplegie, nur in den Zehen war eine geringe Beweglichkeit zurück geblieben. Die Reflexerregbarkeit war nu unbeträchtlich erhöht; Anästhesieen und Hy perästhesieen bestanden vorübergehend an ver schiedenen Theilen des Körpers. Circumscript Hyperämieen im Gesichte etc. traten auf und schwanden, Schweisse wechselten mit Trockenheit der Haut ab. Geringe Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Oberschenkel und die Wir-

ıäule. Fiebererscheinungen fehlten. Eine sterische Lähmung mit vasomotorischen urosen wurde diagnostizirt. Abwechselnd rvina und Stimulantien, Ergotin und konnter Strom führten allmählig im Verlaufe ı 4 Monaten zur völligen Heilung. — Im schlusse an diese Erkrankungen werden Fälle von Basedow'scher Krankheit mitheilt, worauf Jacobi die Hautkrankheiten, lche neurotischen Ursprunges sind (Herpes ter, Urticaria und Pemphigus), bespricht d durch Beispiele erläutert. — Endlich nmen bei Kindern dieselben Symptomenplexe von nervösen Störungen vor, die n beim Erwachsenen als „Hysterie" zu bechnen pflegt und motorische, sensible und omotorische sein können. In der Mehrzahl Fälle ist die Neurose lokal und scharf ränzt, aber der neurotische Charakter steht . Man sollte die Bezeichnung „Hysterie" besten ganz fallen lassen und sich behen, anatomische und physiologische Diasen an deren Stelle zu setzen. —

Auf Grund sehr sorgfältiger klinischer und mischer Untersuchungen erklärt Girard blaue oder grüne Eiterung, für lche er den Namen „Cyanochrosis nocomialis" vorschlägt, für einen epidesch-kontagiösen Prozess, welcher darin beht, dass unter der Einwirkung eines bemmten Kontagiums in Verbandstücken, die t eiweissartigen Flüssigkeiten imprägnirt d, sich ein in seinem Ursprunge von dem st- resp. Gallen-Farbstoffe vollständig unhängiger, chemisch sehr gut charakterisir-, spezifischer blauer Farbstoff entwickelt. s diesem, dem Pyocyanin, entsteht durch e spontane Veränderung in den Verbandücken ein zweiter, gelber Farbstoff, die yoxanthose, welche durch ihre variable eimengung die Ursache der verschiedenen arbenmüancen (indigoblau, rosaroth, grasrün) des Eiters ist. Ausserdem entwickelt ich gleichzeitig ein Riechstoff, der vorzugseise der Pyoxanthose anhaftet. Die Wirkamkeit des Kontagiums befindet sich in einem o genauen Zusammenhange mit der Anwesenheit der lebenden niederen Organismen, welche n den Verbandstücken massenhaft und konstant vorkommen, dass desswegen die Vermuthung, letztere seien das Kontagium selbst, hre Berechtigung hat. Die Wahrscheinlichkeit wurde fast bis zur Gewissheit, nachdem bewiesen wurde, dass Glyzerin, welches sonstige nicht lebende Fermente lange wirksam erhält und andererseits eines der kräftigsten Mittel zur Tödtung der niederen Organismen ist, hier das Kontagium unwirksam machte. Auf den Einwand, dass die Organismen, vorausgesetzt, sie sind die wirksamen, etwas Charakteristisches bieten müssten, ist zu erwidern, dass sie von anderen höchst wahrscheinlich sich wenigstens durch ihre Färbung unterscheiden lassen. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, VII S. 389.) —

Seit Ringer nachgewiesen hat, dass die Höhe der Harnstoffausscheidung in einem gewissen Verhältnisse zur Körpertemperatur steht, wurde eine abnorm hohe Harnstoffausscheidung bei allen fieberhaften Krankheiten, mit Ausnahme des gelben Fiebers, konstatirt, wichtig sowohl für die Beurtheilung der Schwere des Fiebers als auch für die Behandlung, da sie die Grösse des Verlustes an Geweben des Körpers anzeigt, welcher auf die Dauer nicht ertragen werden kann; beim Typhus glaubt S. Mc. Bean dadurch auch theilweise verschiedene fieberhafte Erscheinungen veranlasst. Es erscheint ihm desshalb als Aufgabe, die Metamorphose der Gewebe möglichst zu beschränken, bis die Wirkung des Krankheitsgiftes aufgehört hat, und diese Aufgabe erfüllt ihm das Erythrokylon Cuca (nicht „Coca") nach seiner physiologischen Wirkung: Herabsetzung der Harnstoffausscheidung. Er gab die Tinktur von Cuca zu 3,75 Grm. später bis zu 5,62 bis 10,35 vierstündlich bei zwei Typhusfällen mit dem Erfolge, die 59,05 resp. 58,0 Grammen in 24 Stunden betragende Harnstoffausscheidung rasch herabzudrücken, am 10. Tage auf 27 resp. am 8. Tage auf 28,05; daneben beobachtete er Verminderung der Temperatur, der Pulsfrequenz und der Gehirnerscheinungen. — In einem Falle von protrahirter Rekonvalescenz nach Typhus mit einer Harnstoffausscheidung von täglich 36,05 verordnete er, ein Infusum der Blätter nach Durst zu trinken, von rascher Erholung gefolgt. Ebenso wandte er es vortheilhaft bei akuter und chronischer Phthisis zur Erhaltung der Kräfte an; die Schweisssekretion soll sich sehr vermindern. (The Brit. med. Journ., Nr. 845, 1877.)

Nachdem bereits sehr viele erfolglose Versuche gemacht worden sind, um das Zahnbein der menschlichen Zähne durch

Verbindung von Kalk mit Phosphorsäure künstlich herzustellen, ist es vor Kurzem einem Amerikaner (Prof. Rostaing) geglückt, ein pyrophosphatisches künstliches Zahnbein herzustellen, welches sich in vorzüglicher Weise zur dauerhaften Wiederherstellung der zerstörten Theile kariöser Zähne eignet. Nach Dr. von Guérard's (Berlin) durch mehr als 400 Versuche gewonnener Ueberzeugung lässt sich die neue „Dentinagène" auch da noch mit Nutzen anwenden, wo alle anderen Plomben, als Gold, Amalgam, Cement etc., den Dienst versagen, ja es lassen sich sogar damit grössere zerstörte und verloren gegangene Theile der Zähne vollständig aufbauen und zum Kauen brauchbar herstellen. Unter den Vorzügen der Rostaing'schen Dentinagène ist hervorzuheben, dass dieselbe: 1) unveränderlich, nicht ätzend und vollkommen giftfrei ist; 2) dass sie sich in einer für den Patienten bequemen und schmerzlosen Weise verarbeiten lässt und einen sehr grossen Härtegrad erlangt; 3) dass sie allen Einwirkungen der Mundflüssigkeit widersteht und 4) man derselben ein der natürlichen Zahnfarbe durchaus ähnliches Aussehen geben kann. v. Guérard übernimmt für die von ihm mit Dentinagène hergestellten Zahnfüllungen eine 3jähr. Garantie. Der Preis ist verhältnissmässig billig, 3—6 Mark pr. Zahnfüllung, je nach Verwendung von Zeit und Material. (Allgemeine med. Centralzeitung, 4. Juli 1877.)

Dr. Bottini fand durch Raisonnement und durch Leichenversuche eine Methode zur Beseitigung der Hindernisse, welche die Prostatahypertrophie der Harnentleerung entgegenstellt, — eine Methode welche sich in den Krankheitsfällen, bei welchen sie bisher zur Anwendung gelangte, vollkommen bewährte. Die Operation besteht entweder in der galvanokaustischen Spaltung der Prostata oder in der galvanokaustischen Zerstörung des Lappens, welcher die Beschwerden verursacht. Diesen beiden Zwecken entsprechen zwei Instrumente. Beide haben die Form der Mercier'schen Katheter. Das eine besteht aus zwei isolirten Metallstäben, die unmittelbar vor der winkeligen Krümmung an der Konkavität durch ein dünnes, auf einem Thoncylinder aufliegendes Platinplättchen verbunden sind, das ande ist eine mit einer isolirenden Schichte aus kleidete Röhre und hat an derselben Ste der konkaven Seite, an welcher bei dem zuer beschriebenen der Porzellanbrenner liegt, ein Schlitz, in welchem ein kurzes galvanokaus sches Messer durch Schraubenwirkung h und her geschoben werden kann. Bei Einführung ist das Messer im Schnabel Instrumentes verborgen. Hat man es mit einem kleinen vorspringenden Prosta Lappen zu thun, so benützt man den Porz lanbrenner; man dreht das Instrument n der Einführung so, dass es den Lappen ein Hacken umfasst. Nun schliesst man d Strom; an dem hörbaren Zischen merkt m die Wirkung des Instrumentes. Wenn Zerstörung die gewünschte Ausdehnung reicht hat, so wendet man den Schnabel w der aufwärts und zieht das Instrument h aus. — Bei allgemeiner Hypertrophie Prostata bedient man sich des zweiten I strumentes, umfasst die zu durchschneiden Partie, schliesst den Strom und lässt d kaustische Messer langsam zurück und wie vorwärts gleiten. Bottini hat sich dur Leichenversuche überzeugt, dass die näch Nachbarschaft der Operationsstelle nicht sehr erhitzt wird, dass somit keine Nebe verletzungen zu fürchten sind. — Specie Kontraindikationen gegen diese Operation sin Unthätigkeit des Musc. detrusor, sehr ti Beschaffenheit des Harnes resp. der Bla endlich Nieren-Erkrankungen. Die Operati soll immer nur bei gefüllter Blase vorgeno men werden. Die Kranken empfinden der Prozedur nur einen mässigen Schm und auch diesen hauptsächlich nur be Schliessen und beim Oeffnen des Strom Gleich nach der Operation ist die sponta Harnentleerung leicht möglich, wird am zw ten und dritten Tage wieder schwieriger, dann dauernd leicht zu werden. — Bott hat diese Operation bisher in fünf Fällen macht; drei Krankheitsgeschichten werd ausführlich mitgetheilt. Der Verlauf war i mer leicht, fieberlos, durch keine üblen Zu schenfälle gestört. Dass die Wirkung d Operation eine dauernde ist, wurde in d ausführlich mitgetheilten Fällen noch na Monaten konstatirt. Die beiden letzten Fäl welche neuen Datums sind, werden nur ku erwähnt. (Langenbeck's Arch., Bd. XXI. f

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlange
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

32. *Erlangen*, am 11. August 1877.

...tlich
...en von
...rseiten.
...jährlich
...Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Ueber septische Blutzersetzungen. Verhältniss erkrankter Eingeweide zu Traumen. Verfahren zum Nachweis von Quecksilber im Harne. Vergiftung durch Opodeldoc. Hygroma infrapatellare profundum. Toxische Wirkung von Typhusstühlen. Ueber chronische Entzündung der Tonsillen bei Kindern. Zum Studium der Gehirnbewegungen.

...R. Virchow's Archiv Bd. 70 Heft 3 ...äftigt sich Prof. E. Semmer zu Dorpat ...der Genesis der septischen Blut...etzungen. Dieselben kennzeichnen sich ...ihm im Allgemeinen durch ein dunkles, ...issfarbiges, braunschwarzes, dickliches ...ohne feste Gerinnsel, durch zahlreiche ...ymosen an den verschiedensten Körper...n, gelbe oder röthliche Transsudate in ...erösen Höhlen, mehr oder weniger stark ...sprägte Affektion der Darmschleimhaut ...schnelle Fäulniss der Leichen; das Blut ...ält niedere Organismen aus der Gruppe ...Kugel-, Ketten-, Stab- und Fädenbakterien ...okokkus, Streptokokkus, Mikrobakteria, ...tobakteria, Billroth). Die rothen Blut...rchen sind im Zerfalle begriffen, zu...n schon unmittelbar nach dem Tode fast ...geschwunden; das Blutserum ist von ...licher Farbe. Hierbei ist die putride ...Zersetzung von der ausgebildeten ...ämie zu trennen: Bei der putriden ...ntoxikation findet man Kugel- und Ket...akterien, bei der ausgebildeten Septikämie ...gen Stäbchen- und Fädenformen. Die ...ste Aehnlichkeit mit den septischen Blut...etzungen hat der Milzbrand. Es finden ...bei demselben dunkles, schwarzbraunes, ...rtiges Blut, Ekchymosen, sulzig-blutige ...trationen an verschiedenen Körperstellen ...Darmaffektionen. Das Milzbrandblut ent...aber die für den Milzbrand charakteristi...n fast gleich langen, zarten, biegsamen ...nbakterien, die den putriden und septischen Blutkrankheiten fehlen. Auf diesen Unterschied haben schon Brauell und Davaine hingewiesen und ist derselbe von Semmer bereits 1870 (Magazin für Thierheilkunde Bd. 36) hervorgehoben worden. Mit Unrecht haben einige Autoren den Milzbrand mit Septikämie identifizirt (Ravitsch). Ein weiterer Unterschied zwischen Milzbrand und Septikämie besteht darin, dass man die Septikämie stets künstlich zu erzeugen im Stande ist, den Milzbrand zu erzeugen ist aber bisher nicht in derselben Weise gelungen. Durch Injektion von fauligen Stoffen oder von Fäulnissbakterien in die Blutbahnen oder durch subkutane Beibringung solcher Stoffe kann man eine putride Blutzersetzung hervorrufen, die, wenn die Thiere nicht zu schnell eingehen, in die ausgebildete Septikämie übergeht. Das putride sowohl als auch besonders das septische Blut sind, wie das Milzbrandblut, äusserst kontagiös. Das septische Kontagium lässt sich somit aus fauligen Stoffen im lebenden Blute erzeugen. Dass auch die Ursachen des Milzbrandes Zersetzungsprodukte organischer Substanzen oder niedere Organismen sui generis sind, die, in's Blut gelangt, den Milzbrand erzeugen, ist ausser Zweifel; es ist sogar anzunehmen, dass für sämmtliche Kontagien die Vorstufen ausserhalb des menschlichen oder thierischen Organismus zu suchen sind. Das putride und insbesondere das septische Blut sind äusserst kontagiös und es finden sich dabei schon im lebenden Blute Kugel-, Ketten- und

Stäbchenbakterien. Durch Verimpfung nimmt die Intensität des septischen Giftes von Generation zu Generation zu, wie schon im Jahre 1869 in Dorpat angestellte Versuche nachgewiesen haben (Oesterreichische Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Veterinärkunde 1869) und von Davaine 1872, darauf von Magendie, Core und Felz, Sanderson, Klein, Clementi und Thin bestätigt wurde. Beim Milzbrande aber ist eine derartige Steigerung der Intensität des Kontagiums nicht konstatirt. — Nächst dem Milzbrande findet man beim Typhus der Pferde und Hunde missfarbiges braunschwarzes Blut und Stäbchenbakterien in demselben. — Ferner hat die Hundswuth bei den Herbivoren die meiste Aehnlichkeit mit der septischen Blutzersetzung. Beim Hunde selbst ist die Aehnlichkeit am allergeringsten. Bei an der Wuth leidenden Hunden findet man katarrhalische Affektion des Magens und Darmes, meist Koth, Stroh, Heu, Holz etc. im Magen, kapilläre Stasen und Oedem im Gehirne; der Speichel und das Blut enthalten einen feinkörnigen Mikrokokkus und kleine Kettenformen. Bei der Staupe der Hunde ist das Hirnödem stärker; es finden sich konstant partielle Bronchopneumonieen mit seröser, fibrinöser oder eiteriger Infiltration der affizirten Lungenpartieen. Auch bei der Staupe findet sich im Blute, in der Leber und den Nieren ein feinkörniger Mikrokokkus, aus welchem sich unter Umständen sehr zarte Stäbchenbakterien entwickeln, die noch weit kleiner sind als die Milzbrandbakterien. Bei 8 von Semmer secirten Rindern, die an der Wuth eingegangen waren, fand sich das Blut missfarbig, braunroth, die Schleimhaut des Darmes stark geröthet und geschwollen, das Gehirn stark ödematös, in den Hirnventrikeln viel röthliches Transsudat, Ekchymosen an verschiedenen Körperstellen, im Blute ausser Kugel- und Stäbchenbakterien noch geschwänzte, den Spermatozoen ähnliche Gebilde (Helobakteria Billroth). — Die Sektion eines tollen Wolfes ergab mit Ausnahme der geschwänzten Körperchen einen ähnlichen Befund wie bei den Rindern. Unter 50 von Verf. secirten tollen Hunden wiesen nur zwei der Septikämie ähnliche Erscheinungen auf. Was nun speziell die putriden und septischen Blutkrankheiten anbetrifft, so liefern nach Semmer wohl das grösste Kontingent für dieselben Brand und Verjauchungen in Folge äusserlicher Verletzungen, Knochenfrakturen und Gelenkverletzungen mit Aufnahme von Brandjauche in Blut; nächstdem sind es Infektionen m putriden Substanzen verschiedener A Die septischen Blutzersetzungen bei Thier haben noch andere Quellen. — Durch Unt suchungen von Bollinger und Rolo ist festgestellt, dass die sogenannte Kälbe und Lämmer-Lähme der neugeboren Thiere eine septische Blutzersetzungskra heit ist, verursacht durch eine putri Nabelentzündung. Diese Entzündung i ihre weitere Ursache im Beschmutzen d Nabels der neugeborenen Thiere mit faul jauchigen Substanzen des Stallbodens. Na Verf.'s in zwölf Jahren durch Sektionen v circa 1500 Thierleichen, die an verschieden Krankheiten eingegangen waren, erlangten E fahrungen lassen sich noch folgen Quellen für septische Blutze setzungen aufstellen: Das Pue peralfieber ist bei den Thieren oft se tischer Natur. Man findet im Blute bei da eingegangenen Thieren gleich nach dem T putride Kugel- und Kettenbakterien oder tische Stäbchen- und Fadenbakterien solchen Fällen findet man jauchige Ma im Uterus mit gleichzeitiger Verletzung Uterusschleimhaut, oder jauchige diphtheri Entzündung des Uterus. Die Aufnahme trider Stoffe vom Uterus aus ist hier Urs des septischen Puerperalfiebers. — Eine tere Quelle für septische Blutzersetzun liefern die sogenannten Windkolik besonders bei Pferden. Es häufen sich Darmgase (Kohlensäure, Schwefelwasser u. A.) im Magen und Darme in so gro Menge an, dass der Leib tonnenartig au trieben, das Zwerchfell in den Thorax drängt und die Athmung gestört wird. werden hierbei erstens schädliche Gasar vom Darme aus in's Blut aufgenommen, zw tens wird die Sauerstoffaufnahme von d Lungen aus behindert. Die Thiere sterb an Asphyxie mit gleichzeitiger Blutvergiftu durch Aufnahme schädlicher Darmgase. der Sektion findet man den Magen und Da durch Gase stark aufgetrieben, den Dickdar meist entzündet; zuweilen, aber keineswe immer, Darmverschlingungen mit brandige Absterben der eingeschnürten Darmtheile, auc wohl Magen- und Darm-Berstungen mit Au tritt des Inhalts in die Bauchhöhle nebst Per tonitis. Das Blut ist in allen Fällen miss farbig, dunkelschwarzbraun und enthält sep tische Stabbakterien; die rothen Blutkörper chen sind im Untergange begriffen. Da die

eschaffenheit des Blutes sehr oft, auch in
n Fällen, wo kein Brand und keine Berst-
gen vorliegen, die gleiche ist, so muss die
ptische Zersetzung hier noch andere Quel-
n als Brand- und Jauch-Herde haben. Dieses
igt sich noch deutlicher bei Thieren, die
erjagt, gehetzt oder überangestrengt plötz-
h todt niederstürzen oder allmählig an Suffo-
tion sterben. Bei solchen Thieren findet
n das Blut theerartig dunkel und enthält
sselbe Stäbchenbakterien. Hier genügt nach
mmer offenbar die durch die Lungen auf-
nommene Sauerstoffmenge nicht mehr zur
iteren Oxydation der durch die starke Mus-
lthätigkeit gelieferten Zersetzungsprodukte.
eselben häufen sich im Blute an und unter
em Einflusse entsteht bei gleichzeitigem
ngel an aktivem Sauerstoffe die septische
utzersetzung. Dasselbe geschieht in vielen
llen von Suffokation in Folge von Lungen-
d Herz-Leiden und chronischen Vergift-
gen mit narkotischen Substanzen etc. —
er Mangel an Sauerstoff und insbe-
ndere an Ozon bildet nach Verf. einen
instigen Anlass für die Entwicklung der
ptischen Bakterien. Da man dieselben bei
ktionen, die unmittelbar nach dem Tode
rgenommen werden, antreffen kann, so han-
elt es sich nach Semmer hier nicht um
ostmortale Blutveränderungen, zumal die ge-
annten charakteristischen Erscheinungen bei
n anderen Krankheiten eingegangenen Lei-
hen fehlen. Daraus geht hervor, dass die
utriden und septischen Bakterien sich ge-
ade gern in solchem Blute entwickeln, das
rm an Sauerstoff und Ozon ist. Als beständ-
lige Quellen für Bakterien-Einwanderung müs-
en nach Verf. Darm und Leber betrachtet
werden, wo man auch bei gesunden Thieren
tets Bakterien antrifft. Wie die Erfahrung
hrt, können kleine Mengen fauliger Stoffe
nd die darin enthaltenen Fäulnissbakterien
den Thieren ohne Nachtheil in's Blut ge-
bracht werden. Dieselben werden im kreisen-
den Blute zerstört. Grössere Mengen fauler
Stoffe aber, vom Darme in's Blut aufgenom-
men, können den Tod durch Septikämie her-
beiführen. Wenn nun, wie von Semmer
schon früher und auch von Bollinger u. A.
behauptet worden, die Bakterien dem Blute
Sauerstoff entziehen und durch Asphyxie
tödten (Milzbrand), so scheint es nach Sem-
mer bei den putriden und septischen Bak-
terien doch anders zu sein. Dieselben ent-
wickeln sich bei Sauerstoffmangel, scheinen
besonders auf die rothen Blutkörperchen ein-
zuwirken und einen massenhaften Untergang
derselben zu veranlassen. — Die Bakterien
der anderen kontagiösen Krankheiten aber
gehen bei Sauerstoffmangel oft zu Grunde;
sie sterben in den Leichen bald ab, wobei sie
durch Fäulnissbakterien ersetzt werden (Milz-
brand, Staupe, Wuth, Rinderpest etc.). —
Eine schliessliche Quelle für putride Blutzer-
setzungen bilden nach Semmer die Blut-
transfusionen. Abgesehen vom Blute an-
derer Thiergattungen, das als fremdartig im
Kreislaufe sofort zerfällt und durch die Nieren
ausgeschieden wird, kommt hier wohl das
von A. Schmidt entdeckte Fibrinferment,
das sich im Aderlassblute entwickelt, sehr in
Betracht; durch dasselbe werden Gerinnungen,
Stasen, Thrombosen etc. verursacht (Köhler,
über Thrombose und Transfusion, Eiter und
septische Infektion und deren Beziehungen
zum Fibrinferment, Dorpat, 1877). Aber auch
wirklich-putride Blutzersetzungen können nach
Semmer durch Transfusion zu Stande kom-
men und führt er 2 Fälle zum Belege dafür
an. Wenn nun auch während des Lebens
entnommene Blutproben von an putrider oder
septischer Blutzersetzung Leidenden nicht im-
mer Bakterien enthalten, so beweist dieses
nach Semmer doch noch nicht, dass solche
gar nicht vorhanden sind. Dieselben werden
nach Verf., wie bereits gesagt, im kreisenden
Blute vielleicht durch den aktiven Sauerstoff
zerstört. Dabei sei es wohl denkbar, dass
die Bakterien in inneren Organen, wie Leber,
Milz, Darm, abfiltrirt werden, sich dort ver-
mehren und periodenweise in grösseren Mas-
sen in die Blutbahnen gelangen, bis es ihnen
gelingt, Ueberhand zu gewinnen und ihr Zer-
störungswerk an den rothen Blutkörperchen
zu vollenden. — Der Umstand, dass in den
Leichen sich oft sehr schnell Fäulnissbakterien
entwickeln und die während des Lebens vor-
handen gewesenen spezifischen Bakterien ein-
zelner Krankheiten verschwinden, hat zu man-
chen irrthümlichen Auffassungen Anlass ge-
geben. Durchaus unrichtig ist es nach Verf.,
wie vielfach behauptet wird, dass es keine Un-
terschiede zwischen den bei den verschiedenen
kontagiösen Krankheiten angetroffenen Bak-
terien gebe und dass dieselben ausschliesslich
Folgen der Krankheiten seien, nur graduell
verschieden nach den Krankheiten und den
Thiergattungen. Für die spezifischen Formen
der Bakterien bei den einzelnen Krankheiten
führt Semmer z. B. das Rind an. Bei dem-
selben könne man unterscheiden: putride Bak-
terien, septische Bakterien, Wuthbakterien,

Milzbrandbakterien, Rinderpestbakterien etc. Die Bakterien bei der Rinderpest wurden von Semmer bereits 1871 konstatirt und beschrieben, dann von Klebs und Hallier und von Verf. eingehender behandelt (Ueber die pathologische Anatomie der Rinderpest. Dorpat, 1875). — Die Milzbrandbakterien sind aber bei allen Thiergattungen vollkommen gleich. Dasselbe gilt nach Semmer auch von den so häufig vorkommenden putriden und septischen Bakterienformen. — Bei den akuten kontagiösen und Infektionskrankheiten ist die Zahl der Bakterien meist eine beträchtliche (so bei Milzbrand, Rinderpest, Pocken, Cholera, Febris recurrens). Bei den chronischen kontagiösen Krankheiten, wie Tuberkulose, Rotz und Syphilis, ist die Zahl der Bakterien geringer und scheinen dieselben vorzugsweise an den farblosen Blutkörperchen zu haften. Obgleich die Bakterien des Rotzes mit denen der Syphilis einige Aehnlichkeit haben, so sind nach Semmer beide Krankheiten doch wesentlich verschieden. Uebertragungs-Versuche mit Syphilis auf Thiere, wie sie von ihm im Jahre 1868 angestellt wurden, haben negative Resultate ergeben. Der Rotz ist aber nicht allein auf Menschen, sondern auch auf Karnivoren und Herbivoren, namentlich Kaninchen, übertragbar. Sämmtliche Kontagien werden nach Verf. durch Fäulniss zerstört und die den einzelnen Kontagien eigenthümlichen Bakterien schwinden bei beginnender Fäulniss und werden durch Fäulnissbakterien ersetzt, welche gleichsam als Unkraut zu betrachten sind, durch welches die zarteren Gebilde, namentlich in den Leichen, bald überwuchert, bald verdrängt werden. —

Das Verhältniss der erkrankten Eingeweide zu den Traumen bespricht Dr. Duret im Progrès médical, 1877, 14. Wenn die Funktion aller Eingeweide regelmässig von Statten geht, so erhält sich dadurch nicht bloss die gute Beschaffenheit der Gewebe, der gute Zustand der Ernährung, es wird auch das Werk der Wiederherstellung verletzter innerer oder äusserer Theile einen guten Verlauf nehmen. Die anatomischen Elemente, welche bei der durch Traumen entstandenen Kontinuitätstrennung Heilung herbeiführen sollen, sind nur dann von kräftiger und plastischer Beschaffenheit, wenn die Blutflüssigkeit, aus der sie entstanden sind, gesund ist und alle nothwendigen Bestandtheile in gehöriger Mischung enthält. Wenn die Leber vom Blute nicht die Gallensäure abscheidet, wenn sie nicht den Zucker fabrizirt, wenn die Formation der Blutkörperchen gestört ist, die Nieren nicht gehörig den Harnstoff ausscheiden, wenn Albumen mit dem Urine entleert wird, wenn die Lungen die Oxydation der Blutkörperchen nicht ordentlich bewirken, wenn das Herz und die Gefässe krank und unfähig sind, das nöthige Material dem Körper zuzuführen, dann ist es auch den Geweben nicht möglich, eine Reparation der Störungen zu schaffen, welche durch Traumen irgend welcher Art entstanden sind. Die Nichtberücksichtigung dieser Thatsachen hat bei Wundbehandlungen und bei chirurgischen Operationen in früheren Jahren manche traurige Nachwirkungen und üble Ausgänge herbeigeführt, viele Todesfälle als räthselhaft erscheinen lassen, so dass seit einiger Zeit 2 der grössten Chirurgen, Verneuil in Paris und Paget in London, diesem Gegenstande ihre Aufmerksamkeit zugewendet und den Einfluss konstitutioneller Krankheiten auf den Verlauf der Traumen studirt haben. Jedoch auch die chronischen Krankheiten der Eingeweide schaffen gleichsam ein konstitutionelles Leiden und muss der Einfluss, den ihre Anwesenheit auf Verletzungen besitzt, gleichfalls in Betracht gezogen werden. Je mehr dieser Gegenstand von den Chirurgen in's Auge gefasst wird, desto erfolgreicher wird die Berücksichtigung dieses Punktes für die Wundbehandlung und für den Ausgang der Operation sein. — Im Jahre 1845 veröffentlichte Norman Chevers, ein englischer hervorragender Chirurg in den Guy's Hospital-Reports eine ausführliche Arbeit über die Todesursachen nach traumatischen Verletzungen und chirurgischen Operationen in den Spitälern Londons. Unter 134 Leichenöffnungen, welche an Verwundeten gemacht worden, die an anscheinend unbedeutenden Affektionen zu Grunde gegangen waren, fand er 90 Mal Läsionen der Niere, der Leber, Milz und öfter aller drei Organe zusammen. Nach seiner Ansicht waren diese Organe sicherlich schon lange vorher erkrankt, bevor die Verwundungen oder Operationen, die den Tod bewirkt, stattgehabt haben. Er stellte daher die Behauptung auf, dass selbst unbedeutende Wunden oder geringfügige Operationen fatal werden können, wenn die genannten Organe in ihrer Funktion beeinträchtigt und erkrankt sind. Nach 30 Jahren wurde derselbe Gegenstand von Verneuil in Paris und von Paget in London mit Eifer

r aufgenommen. Auf dem Brüsseler ationalen Kongresse im Jahre 1875 hielt ueil einen ausführlichen Vortrag über eziehungen der Affektionen der Einge- zu den Traumen, und J. Paget hat inem neuesten Werke „On the various of operations“ dasselbe Thema ausführ- besprochen. Longuet, ein Schüler neuil's, hat den Zusammenhang der raffektionen zu den Traumen zum Gegen- le besonderen Studiums gemacht und labei zu folgenden Resultaten gelangt: anche Kranke, die nur leicht verletzt sich geschnitten, geritzt, gestossen oder einfache Luxation oder Fraktur sich zu- gen haben, sterben auffallend schnell in schwerer Komplikationen, welche hin- reten sind. 2) Diese zu den Verwund- hinzugekommenen Läsionen stehen in keiner Beziehung zu der örtlichen ge- Verletzung und können nur durch eine ingreifende Veränderung in der gesamm- Konstitution erklärt werden. Hämorrha-, Gangrän, Oedeme und diffuse Entzünd- wurden nicht beobachtet, wenn die undeten nicht an irgend einer organi- Krankheit leiden. Werden nun bei den hen der Verletzten Veränderungen an der angetroffen, die sich bei den Lebenden den Erscheinungen von Hämorrhagieen, en Ergüssen, diffusen Entzündungen kund ben haben, so ist man berechtigt, Ursache Wirkung in Zusammenhang zu bringen. — Die Autopsie hat meist bei Leberaffektionen bestimmte Reihe von Erkrankungen der letzten ergeben und Mangel an Läsionen rer Eingeweide. 4) Es muss daher eine hung zu den Leberkrankheiten und dem Ausgange bei leichten Traumen ange- men werden und wird eine vermehrte ahl von Leichenöffnungen ein helleres ht über derartige unerwartete und bisher kel gebliebene Todesfälle verbreiten. Die eraffektionen mussten den Verwundungen n vorangegangen sein und hat Longuet t fettige Entartung, Amyloid- rankung oder Cirrhose angetroffen. — n auch bisweilen zu den Traumen die mptome der Lebererkrankung hinzugetreten, Ikterus, Koliken u. s. w., so kommt es h häufiger vor, dass die Leberaffektion nt bleibt, und wird es daher stets die gabe der Chirurgen bleiben, die Leber so- l als auch vorzüglich den Urin auf patho- sche Veränderungen zu untersuchen. Aus- den Leberaffektionen haben auch die chro- nischen Milzkrankheiten einen Einfluss auf den Verlauf der Verletzungen, wie dies de Tremblay in seinem neuesten Werke ausführlich auseinandergesetzt hat. Verneuil berichtet in dieser Beziehung von einem jungen Manne, der in Folge einer unbedeutenden Fusswunde häufige unregelmässige Phlegmonen am Unterschenkel bekam, die bis zum Knie gingen. Eines Tages bekam der Kranke ein kaltes Fieber, wobei eine enorme Anschwellung der Milz beobachtet wurde. Nach Darreichung von Chinin verschwand das Fieber und mit diesem auch die Affektionen an der unteren Extremität. — Der Einfluss kranker Nieren auf den Verlauf von Traumen ist von den Chirurgen bisher mehr gewürdigt und den Beziehungen der Traumen auf Veränderung dieser Organe eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt worden. Es ist bekannt, dass leichte Operationen, zuweilen selbst das Katheterisiren, bei nierenkranken Personen unerwartete Katastrophen herbeiführen können. Die Untersuchung der Harnorgane muss daher einer jeden Operation, selbst in den von ihnen noch so weit entfernten Theilen, vorangehen, damit nicht bei Vernachlässigung dieser Vorsichtsmassregel Erysipele und anderweitige den Tod veranlassende Krankheiten eintreten. — Verneuil ist zur Zeit noch damit beschäftigt, den Einfluss der Lungen-Krankheiten und insbesondere der Tuberkulose bei Verwundeten und Operirten zu erforschen, und hat derselbe einen seiner Schüler instruirt, auch die Herz-Krankheiten im Zusammenhange mit Traumen zu studiren. Als Ideal muss den Operateuren bei solchen exakten Untersuchungen nicht bloss die rasche und rationelle Behandlung der Wunden vorschweben, sondern auch das Ziel, mit der Heilung der äusseren Verletzungen einen innerlich ganz gesunden Menschen der Gesellschaft zu erhalten. —

Die Schwierigkeit, Quecksilber im Harne nachzuweisen, beruht namentlich darauf, dass es unmöglich ist, auf nassem Wege die organischen Substanzen vollständig zu zerstören, schon geringe Menge derselben aber die Erkennung des Quecksilbers sehr stören. August Mayer versuchte daher, die Zerstörung der organischen Substanz durch Verkohlung und Verbrennung der sich bildenden empyreumatischen Dämpfe durch Kupferoxyd zu bewirken. Die Versuchsanordnung, deren

genauere Beschreibung im Originale nachzusehen, war eine ähnliche, wie bei der organischen Elementaranalyse. Das Quecksilber sammelte sich in metallischer Form in der Vorlage an und wurde durch Bildung von Jodquecksilber konstatirt. Es konnten auf diesem Wege noch 0,02 Milligramm, zu 501 Cc. Harn hinzugesetzt, nachgewiesen werden und grössere Mengen Sublimates bis auf einen Verlust von 8 bis 20 pCt. wieder erhalten werden; doch ist das Verfahren immer umständlich und schwierig. Mayer versuchte daher ein Verfahren, welches sich darauf gründet, dass aus quecksilberchloridhaltigem Harne beim Eindampfen nach Zusatz von Alkali das Quecksilberchlorid mehr oder weniger vollständig entweicht, und zwar, wenn man den Harn mit Alkali und schwefeligsaurem Natron versetzt, in Form von metallischem Quecksilber. Das entweichende Quecksilber wurde durch Glaswolle zurückgehalten, die mit salpetersaurem Silber imprägnirt und dann getrocknet war. Aus dieser wurde wiederum das Quecksilber durch Erhitzen ausgetrieben und gewogen. Es konnten so 70—80 pCt. des zugesetzten Quecksilbers wiedergefunden und noch 0,1 bis 0,2 Milligr. in je 1 Liter Harn entdeckt werden. — Ein von E. Ludwig empfohlenes Verfahren beruht auf der Abscheidung des Quecksilbers durch metallisches Kupfer oder Zink in sehr fein vertheilter Form. Der Harn, 500 Cc., wird mit 1—2 Cc. Salzsäure angesäuert, bis 50—60° erwärmt und mit 5 Grm. des Metallpulvers versetzt und heftig umgerührt. Das Quecksilber schlägt sich schon im Laufe einer halben Minute darauf nieder; das Pulver wird dann abfiltrirt, gewaschen und bei 50—60° getrocknet. — Beim Erhitzen destillirt das Quecksilber daraus ab. Gleichzeitig jedoch entstehen regelmässig theerartige Produkte, welche gleichfalls, wie bei dem vorigen Verfahren, durch Ueberleitung der Dämpfe über glühendes Kupferoxyd zerstört werden. Das Quecksilber wird in einem Kapillarrohre aufgefangen und in diesem zur Konstatirung in Jodquecksilber übergeführt. Aus Organen werden salzsaure Auszüge hergestellt und diese vor der Einwirkung des Kupferpulvers mit chlorsaurem Kali und Salzsäure behandelt und fast neutralisirt. Die Empfindlichkeit der Methode ist durch mehr als 100 Versuche festgestellt; es wurden z. B. wiedergefunden: 0,1 Milligr. Sublimat in 500 Cc. Harn; 1 Milligr. in 380 Leber und 800 Gehirn, $^1/_2$ Milligr. in 420 Grms. Leber und in 510 Grms. Placenta. Bei innerlichem Gebrauche von Quecksilber, dann bei Einreibungen sowie bei subkutanen Injektionen des von Bamberger empfohlenen Quecksilberalbuminates fand sich stets Quecksilber im Harne; ebenso wurde es auch in der Leber und den Unterschenkelknochen gefunden. (Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften, 1877, 21. Juli.) —

Gallard brachte in der Société de médecine légale vom 14. Febr. 1876 einen Vergiftungsfall durch Opodeldoc zur Sprache. Ein Esslöffel davon, der frans. Pharmakopoe nach ca. 60—80 Centigr. Kampher und 25—30 Centigr. Ammoniak enthaltend, hatte genügt, innerhalb 14 Stunden ein 16jähriges Mädchen zu tödten, welches, ohne bettlägerig zu sein, über Schmerzen in der Seite, argen Luftmangel und hartnäckige Obstipation geklagt und sich desshalb an einen Officier de santé gewandt hatte, von dem dann der Opodeldoc zum Einreiben verabfolgt war. Die Kranke nahm das warm und dadurch flüssig gemachte Liniment um 7 Uhr Abends; bald nachher spürte sie heftige Schmerzen im Schlunde sowie in Speiseröhre und Magen, bekam Uebelkeiten und erbrach eine geringe Menge fadenziehenden Schleimes. Man suchte einen anderen Arzt, welcher, wie der Officier de santé, ohne die Kranke gesehen zu haben, 0,1 Stibii Kali tartar. verschrieb. Patientin nahm solches um $^1/_4$9 Uhr früh und war, ohne darauf reagirt zu haben, um 9 Uhr todt. Bei der Sektion fand sich ein sehr grosses, entfärbtes Herz und beiderseitiger Hydrothorax; die Mundschleimhaut war ganz normal, die des Schlundes und der Speiseröhre dagegen violett, „wie ein Rothweinfleck auf Leinwand“. Die Gefässe des Magens an beiden Kurvaturen voll von rothem Blute, auf der Innenfläche des unteren Theiles der grossen Kurvatur ein „grosser“ brauner Fleck, dessen Schleimhaut sich leicht abheben liess, worauf sich die Muskularis von zahlreichen rothen Punkten durchsetzt zeigte; die ganze übrige Schleimhaut war mehr oder weniger entzündet und roth gefleckt, am stärksten an der Portio pylorica; der rosig gefärbte Dünndarm stach stark von dem blassen Dickdarme ab; die Innenfläche ist hier nicht beschrieben. — Gallard gab der Fall Veranlassung, die toxischen Eigenschaften des Linim. saponat. camphor. zu prüfen, wozu er zwei Lapins benützte. Der eine bekam

vollem, mitten in der Verdauung begrif-
n Magen 40 Grm. und starb in wenigen
den unter Konvulsionen; der andere ver-
20 Grm., denen später noch 10 hinzuge-
wurden, bei leerem Magen vollkommen
nur dass er einige Augenblicke komatös
hien. Die Obduktion liess nur im zwei-
Falle eine lebhafte Kongestionirung des
denum, sonst bei keinem von beiden Thie-
irgend eine Anomalie des Tractus intest.
ennen. Bei dem gestorbenen Lapin roch
Blut stark nach Kamphor und Ammoniak
fanden sich einige Ekchymosen unter
Pleura. Gallard lässt es dahin gestellt,
das verendete Thier an Opodeldoc als
em, oder dem darin enthaltenen, Lapins
gefährlichen Alkohol gestorben sei, zieht
aus den Autopsieen jedenfalls den Schluss,
offizineller Opodeldoc bei gesunden Thie-
keineswegs stark irritirend einwirke. Um
auffallender muss die Entzündung erregende
kung des Linements — denn nur dieses,
t der bereits in Agonie gereichte Tartarus
iat. konnte die Gastroenteritis bewirkt ha-
— bei dem gestorbenen Mädchen sein
die Erklärung kann nur darin gesucht
den, dass die Verstorbene durch ihre
krankheit widerstandslos, oder dass der von
verschluckte Opodeldoc ein anderer als
offizinelle gewesen sei. Dieses festzu-
en, hat man — ohne ersichtliche Gründe
unterlassen. Die dem Vortrage folgende
kussion ist unbedeutend: die Gesellschaft
in Form einer Resolution an: dass De-
nicht an ihrer Krankheit, nicht am Tart.
iat., sondern allein an dem genossenen
deldoc zu Grunde gegangen sei, gleichviel,
ches seine Zusammensetzung gewesen sein
. (Annales d'hygiène publique etc., 1877.)

Das Hygroma infrapatellare profun-
bespricht Dr. Trendelenburg zu
in in Langenbeck's Archiv, 21. Bd.,
e 132 ff. Bei dieser Affektion handelt es
um Erkrankung jenes Schleimbeutels,
cher zwischen dem Kniescheibenbande
dem davon bedeckten Theile der vorderen
che der Tibia liegt. Dieser Schleimbeutel
mmunizirt nur ausnahmeweise mit dem
iegelenke und fanden seine Erkrankungen
er nur wenig Beachtung. Wenn er mit
ssigkeit gefüllt ist, so bildet er bei halber
gung des Kniegelenkes zu beiden Seiten
Kniescheibenbandes, wo sich normal in
er Stellung zwei Gruben befinden, eine hervorragende fluktuirende Geschwulst. Bei gestreckter Stellung ist die Formveränderung der Gegend nicht so auffallend. Je mehr das Knie gebeugt wird, desto kleiner wird der Raum zwischen dem Kniescheibenbande und der vorderen Fläche der Tibia, so dass also der hydropische Schleimbeutel stärker gespannt wird, Schmerz verursacht und eine stärkere Beugung verhindert. Die Hemmung tritt bereits ein, wenn das Knie um 45 Grade gebeugt wird. Die Regio infrapatellaris ist bei der Erkrankung des Schleimbeutels auch gegen Druck empfindlich und spontan schmerzhaft; auch haben die Kranken öfter die Empfindung, als ob dort bei aktiven Bewegungen etwas überspringe. Trendelenburg hat 2 Fälle dieser Affektion beobachtet. In beiden Fällen war ein beiderseitiger Hydrops genu vorausgegangen, zur Zeit der Beobachtung jedoch nicht mehr vorhanden. In beiden Fällen bestand das Hygrom beiderseits und es war die Diagnose nicht schwierig, da alle Symptome charakteristisch entwickelt waren. Die Heilung erfolgte binnen kurzer Zeit unter Anwendung elastischer Kompression. Verf. schützte die Kniekehle gegen Druck, indem er in leichter Beugung des Kniees eine Gypshanfschiene an die Beugeseite anlegte, welche die Extremität zur Hälfte umfasste und vom oberen Drittel des Oberschenkels bis handbreit oberhalb der Achillessehne reichte. Diese Schiene wurde, leicht wattirt, an die mit einer Flanellbinde eingewickelte Extremität angelegt und dann die Gegend des Ligamentum patellae, nachdem die dem Drucke ausgesetzten Knochenvorsprünge mit etwas Watte belegt worden waren, mit einigen Touren einer elastischen Binde umschnürt. Dieser Verband wurde täglich ein- oder zwei Mal für eine bis zwei Stunden angelegt. — Aehnliche Erscheinungen beobachtete Verf. auch bei drei Fällen nach Traumen und meint somit, dass es hiebei auch gelegentlich zu einem isolirten serösen oder blutigen Ergusse in den Schleimbeutel unter dem Lig. patellae kommen kann, was wohl öfter sich ereignet als man bisher diagnostizirte. Auch in diesen Fällen wurde durch Kompression, wenn auch langsamer, Heilung erzielt. —

M. J. Guérin zu Paris stellte eine Reihe von Versuchen an, um zu erfahren, ob die Typhusstühle, namentlich die Ausdünstungen derselben, eine toxische Wirkung hätten. Hauptsächlich suchte er festzustellen,

ob die Injektionen der Typhuskranken vom Anfange an die infizirende Materie enthielten. I. Es wurden an 12 Kaninchen subkutane Injektionen mit diarrhöischem Typhusstuhle ausgeführt. Von diesen starben 10 im Laufe der ersten 4 Tage, während 1 erst nach Monaten zu Grunde ging und 1 durchkam. II. Das Herzblut eines Kaninchens, welches nach der Injektion von Typhusstuhl am 3. Tage verstorben war, wurde auf ein anderes Kaninchen übergeimpft. Dasselbe starb am nächsten Tage. Injektionen von Fäces, die von Individuen stammten, welche an anderen Krankheiten litten, blieben erfolglos. III. Auf 12 Kaninchen wurden von einem Typhuskranken stammende Fäces, Darmblut, Urin, Detritus von geschwollenen Mesenterialdrüsen sowie Bestandtheile von Darmgeschwüren überimpft. Alle diese starben nach spätestens 30 Stunden unter schweren Allgemeinerscheinungen. Drei von ihnen bekamen Durchfall. Die Sektion wies keine charakteristischen Veränderungen nach. IV. Es wurde von Typhuskranken stammendes Material (Blut, Urin und Fäces), welches 4 Monate aufgehoben worden war, auf 6 Kaninchen überimpft. Die Versuchsthiere starben sämmtlich, ohne bei der Sektion charakteristische Symptome darzubieten. — Die Schlüsse, welche Guérin aus diesen Versuchen zieht, sind folgende: 1) Die Typhusstühle enthalten unmittelbar nach ihrer Entleerung ein Gift, welches Kaninchen in kurzer Zeit tödtet. 2) Dieselbe Eigenschaft haben das Blut und der Urin von Typhuskranken, sowie der Detritus von geschwollenen Mesenterialdrüsen und typhösen Darmgeschwüren. 3) Durch monatelanges Konserviren geht diese Eigenschaft nicht verloren. 4) Die Fäces von gesunden oder an anderen Krankheiten leidenden Individuen besitzen diese Eigenschaft nicht. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1877, 9.) —

Der chronischen Entzündung der Tonsillen bei Kindern wird selten eine genügende Aufmerksamkeit geschenkt. Die erkrankte Tonsille, als lymphatisches Organ betrachtet, verliert nämlich nach Dr. Beverley Robinson ihren Einfluss auf die Umwandlung der weissen Blutkörperchen, ausserdem tritt eine Veränderung des Drüsensekretes ein, es wird dickflüssiger, trüber, übelriechend und käsige, stinkende Pfröpfe bilden sich in den einzelnen Follikeln; diese Massen werden mit den Speisen hinabgeschluckt, Dyspepsieen treten ein und Störungen in der Ernährung. Eine Vergrösserung der Tonsillen nach der Mittellinie zu verengt die Schlundöffnung um ein Bedeutendes, eine geringe Zunahme der Hypertrophie führt zu Schmerzen beim Schlucken. Eine Vergrösserung der Mandeln nach oben führt zu Respirationsbeschwerden und Schwerhörigkeit, die Stimme nimmt einen Nasalton an. Diese Erscheinungen sind Erwachsenen und Kindern gemeinsam. Bei letzteren bedingt aber die Verlegung der Luftwege gleichzeitig eine Hemmung in der Entwicklung der Gaumenbögen. Die Geruch- und Geschmacks-Wahrnehmungen werden beeinträchtigt, die Terminalbläschen der Lunge entfalten sich nicht gehörig, sie kollabiren, Druck auf die grossen Halsgefässe führt zu Stauungshyperämieen im Gehirne. Um die Kinder vor Entzündungen der Mandeln zu bewahren, empfiehlt Robinson kalte Bäder, Abreibungen, Sorge für trockene und warme Füsse, Schutz vor jähen Temperaturwechsel. (Schmidt's Jahrbücher 1877, 5.)

Eine 37jährige Frau hatte durch Syphilis eine grosse Partie des Stirnbeines und die beiden Scheitelbeine verloren. Giacomini und Mosso studirten durch diese Oeffnungen mittelst des Marey'schen Apparates die Gehirnbewegungen. Die Ergebnisse dieser Studien beweisen drei verschiedene Bewegungen am menschlichen Gehirne selbst in absoluter körperlicher und geistiger Ruhe: 1) Pulsationen bei jeder Herzkontraktion; 2) Oscillationen entsprechend den Athmungsbewegungen; 3) Undulationen mit weiten Kurven, veranlasst durch Gefässbewegungen bei Aufmerksamkeit, Gehirnthätigkeit, im Schlafe und bei anderen Ursachen, die uns bis jetzt unbekannt sind; man könnte sie als spontane Gefässbewegungen bezeichnen. (Gaz. hebdomadaire, 1877, Nr. 3.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

3. *Erlangen*, am 18. August 1877.

tlich
n von
eiten.
hrlich
ark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Messungsmethoden der Längenverhältnisse der Extremitäten. Ueber Tuberkulose. Spektroskopische Blutuntersuchungsresultate. Resultate aus Untersuchungen derjenigen Gehirncentren, von welchen die verschiedenen Bewegungen des Körpers abhängen. Ueber Bulbärparalyse. Zur Nervendehnung. Modifikationen der syphilitischen Lungenerkrankung. Ueber multiple Exostosen.

nige Methoden zur Messung der enverhältnisse der Extremitäten ntlicht Dr. Oscar Bloch in Hospitals- e 2. R. IV. 1. 1877. Obgleich derartige gen einen absoluten diagnostischen nicht beanspruchen, können sie doch unter nden als Hülfsmittel der Diagnose von sein, wesshalb wir es für nützlich halten diese in den bekannten Lehrbüchern ausführlicher angeführte Technik unsern mitzutheilen. Die Schwierigkeiten für enauigkeit solcher Messungen liegen dass die Markpunkte für dieselben keine chen Punkte, sondern Flächen sind, die immer leicht durch die Bedeckungen rch fühlbar sind; dass die Haut über immer mehr oder weniger verschiebbar ass die beiden zu vergleichenden Extreen nicht immer gleiche Dicke haben dass das Massband nicht immer ganz stisch ist. Als Hauptregel für die Messist zu betrachten, dass man sichere Messe haben muss und dass die beiden Extäten sich in vollständig identischer Stellbefinden müssen. Die Messpunkte muss möglichst nahe aneinander wählen, weil dann leichter Ungenauigkeiten vermeiden , jedoch ist ein entfernterer Punkt, wenn onst mehr Sicherheit bietet, einem weniicheren aber nähergelegenen vorzuziehen. gewöhnlich als Messpunkte gebräuchlichen te sind aber durchaus nicht fest, sonwechseln mannigfach ihre Lage. Wenn sich ausgestreckt auf den Boden legt und ein Bein abwechselnd abduzirt und adduzirt, so erscheint es bei der Adduktion verkürzt, bei der Abduktion aber verlängert; misst man aber von der Spina ilei ant. sup. bis zu einem unterhalb gelegenen Messpunkte, so findet man das Umgekehrte. Der Grund dafür liegt darin, dass für alle Bewegungen des Femur das Centrum im Centrum des Schenkelkopfes liegt. Wenn man sich nun vom Centrum des Schenkelkopfes nach der Spina ilei ant. sup. und nach dem Condylus externus fem. Linien gezogen denkt, so bilden diese bei normal extendirter Stellung einen nach aussen offenen Winkel mit einander, weil die Spina ilei und das Centrum des Caput femoris nicht gleich weit von der Mittelebene des Beckens entfernt liegen. Je geringer man nun diesen Winkel durch Abduktion des Femur macht, desto näher rücken diese Punkte an einander, bei der Adduktion rücken sie hingegen weiter auseinander. In gleicher Weise tritt eine scheinbare Veränderung der Länge ein bei der Flexion und Extension. Die Spina ilei liegt in einer weiter nach vorne befindlichen Ebene als das Centrum des Schenkelkopfes und von diesen beiden Punkten nach dem Condylus ext. fem. gezogene Linien bilden einen nach vorne offenen Winkel, der bei der Flexion kleiner und bei der Extension grösser wird; der flektirte Schenkel gibt demnach ein scheinbar kürzeres Mass, als der extendirte, und da der Unterschied der Stellung zwischen Flexion und Extension grösser ist als bei der Abduk-

tion und Adduktion, so fällt auch die Verschiedenheit der scheinbaren Länge dabei grösser aus. Man findet also bei der erwähnten Art zu messen die grösste scheinbare Länge, wenn die Extremität zugleich extendirt und abduzirt ist; wenn sie hingegen flektirt und adduzirt ist, die grösste scheinbare Verkürzung, also falsche Resultate, wenn man nicht sehr genau auf die Lage des zu messenden Gliedes achtet. Wenn man, wie dies bei Gelenkkrankheiten gebräuchlich ist, von scheinbarer Verlängerung oder Verkürzung spricht, so muss man zwischen diesem Verhalten für das Auge und für das Mass wohl unterscheiden. Was dem Auge als scheinbare Verkürzung erscheint, ergibt durch das Mass scheinbare Verlängerung und umgekehrt. Wenn zu dieser scheinbaren Massveränderung nun noch wirkliche hinzutritt, kann die genaue Messung noch mehr erschwert werden. Man muss also bei der Messung der unteren Extremität genau darauf achten, dass die Stellung derselben zu dem Becken auf beiden Seiten genau dieselbe ist. Zu diesem Zwecke gibt Verf. folgende Methode an. Man legt das Individuum glatt auf den Rücken, sucht an beiden Seiten die Spina ilei ant. sup. auf, setzt den Finger unmittelbar unter den am meisten vorspringenden Punkt derselben und markirt diesen mit Tinte oder auf eine andere Weise, aber ohne die Haut zu verschieben, spannt zwischen diesen beiden Punkten ein Band aus und in der Mitte desselben senkrecht darauf ein anderes bis oben nach dem Jugulum und bis unten an die Füsse. Beide Extremitäten bringt man nun in gleichen Abstand von diesem perpendikulären Bande und in gleichem Grade der Abduktion und Flexion und misst von der markirten Stelle, die der Spina ilei ant. sup. entspricht (bei dem Ansetzen des entsprechenden Massendes soll man zum Fixiren desselben den erforderlichen Druck in der Richtung von unten nach oben wirken lassen, weil man auf diese Weise leichter Verschiebungen der Haut vermeidet) nach dem zunächst nach unten gelegenen Messpunkte, das Bandmass in genauer Berührung mit den Weichtheilen haltend und nicht zu straff anziehend. Auf diese Weise bekommt man ein ziemlich genaues Mass. Für die Fälle indessen, bei welchen der eine Schenkel in einer durch irgend eine Affektion bedingten nicht zu ändernden Abduktionsstellung sich befindet, reicht diese Methode nicht aus. Für diese Fälle empfiehlt Verf. die von Giraud-Teulon angegebene auf die Thatsache begründete Methode, dass das Centrum d Acetabulum von einem gegebenen Punkte d Femur bei jeder Stellung des letzteren de selben Abstand behält. Für spezielle Fä sind von grossem praktischem Werthe a diagnostische Hülfsmittel Nélaton's Metho zur Bestimmung der Luxatio iliaca u Bryant's Methode, durch Messung die Fra tur des Schenkelhalses zu diagnostizire Schliesslich hebt Verf. noch die Nothwendi keit hervor, bevor man eine Messung vo nimmt, sich zu überzeugen, dass nicht etw eine Formabweichung des Beckens vorhand ist. Für die obere Extremität gilt ebenfal die Regel der symmetrischen Stellung a beiden Seiten. Der unter der Haut am meist vorspringende Punkt des Olekranon liegt unt normalen Verhältnissen etwas unterhalb ein von dem Epicondylus nach der Epitrochl gezogenen Linie; bei der Flexion des Arm rückt es immer mehr nach unten. Mit Hü dieser Linie kann man sich leicht von d Stellung des Olekranon zu den genannte Tuberositäten überzeugen. —

Den jüngsten Mittheilungen aus dem path logisch-anatomischen Institute der Universit Prag entnehmen wir nachstehende Aeusse ungen des Prof. E. Klebs über die Tube kulose. Unter 24 Fällen dieser Affektio welche in der ersten Hälfte Juni l. Js. z Obduktion gelangten, fanden sich nicht we ger als 8, also ein volles Drittheil, in dene neben den verschiedensten miliare akuten und chronischen Tuberke Eruptionen umfängliche käsig Schwellungen der Lymphdrüsen vo handen waren. Während im ersten Begin des Frühlings die reinen miliaren Form überwogen, gewannen zu dieser ungewöhn lich heissen Zeit die sogenannten skroph lösen Affektionen die Oberhand un sucht Prof. Klebs die Frage zu beantworte ob diese der allgemeinen Annahm gemäss immer als chronische Pro zesse aufzufassen seien, da doch au fallend ist, dass während dieser 2 Woche eine so grosse Anzahl dieser Fälle zu Grund gegangen sein sollte, die bei Erwachsene um die es sich hier ausschliesslich handel zu den selteneren gehören, wenn nicht die selben eben in dieser Zeit in ungewöhnliche Zahl entstanden wären. Bei der Beurtheil ung des relativen Alters dieser Veränderun kommt es nach Verf. natürlich auch auf di

dere Beschaffenheit derselben an und
er hervor, dass solche Differenzen der
n Substanz, welche auf eine Alters-
nz hinweisen, allerdings unschwer nach-
sen seien. Wo dieselbe eine vollkommen
artige Beschaffenheit und die Farbe und
stenz gewisser fetter und fester Käse,
twa des Emmenthaler, besitze, sei man
swegs berechtigt, einen längeren Bestand
rozesses anzunehmen, zumal wenn Rück-
gsvorgänge, wie Schrumpfung und Ver-
ng fehlen. Diese frischeren käsigen Pro-
lassen nach Klebs noch häufig bei der
skopischen Untersuchung miliare Herde
rer Substanz erkennen, obwohl dieses
gerade immer der Fall sei. So vor-
ch im Allgemeinen der Nachweis solcher
ten oder auch konfluirten Herde für die
kulöse Natur einer Neubildung sei, so
n dieselben doch auch in Fällen, in denen
brige Befund vollkommen dem gewohn-
ilde der Tuberkulose entspricht. Nament-
gelte dies für die Lungen, in denen neben
nten Tuberkeln diffuse, zum Theile ver-
nde Pneumonieen vorkommen können,
he einen Ursprung aus diskreten Knöt-
nicht immer erkennen lassen. Für diese
nen gilt nach Klebs' Ansicht der Be-
der tuberkulösen Infiltration, wie
schon Laennec aufstellte, in vollem
se. Ein Beispiel dafür lieferte ein Fall,
elchem sich an eine chronische ulzeröse
bronchitis des rechten oberen Lungen-
ens im unteren Lappen eine gleichmässig
reitete Hepatisation anschloss, welche
ziemlich gleichmässige blassröthliche
ung und körnige Beschaffenheit zeigte;
in den oberen Partieen des Lappens
n einzelne Abschnitte diffus verkäst. Es
te sich bei der mikroskopischen Unter-
ung die Veränderung als eine gleich-
sige, zellige Infiltration des interstitiellen
ebes dar mit Erfüllung der Alveolen durch
rstoff und Rundzellen, ohne erhebliche
mehrung der Epitelien, wie diese in neuerer
auch bei frischeren tuberkulösen Pneu-
nieen mehrfach beobachtet wurde. — Solche
e, schliesst Klebs, hat man nun vielfach
der Tuberkulose zu trennen gesucht und
käsigen Pneumonie zurechnen wollen;
n wenn, wie in unserem Falle und zahl-
nen anderen, immer wieder der Nachweis
arer Verbreitung geliefert werden kann,
ite diese Auffassung doch nicht den anato-
chen Thatsachen entsprechen. „Meiner
Versuche gegründeten Ueberzeugung nach werden wir die Diagnose auf Tuberkulose auf keine einzige der gewöhnlich angeführten anatomischen Befunde, wie Miliarknoten und Riesenzellen, ausschliesslich begründen dürfen, sondern nur auf den allerdings noch ausstehenden Nachweis spezifischer Elemente. Wenn die Tuberkulose, woran ich nach meinen und den Versuchen Anderer nicht glaube zweifeln zu dürfen, den Infektionskrankheiten angehört und diese, wie es immer wahrscheinlicher wird, durchweg als parasitäre Prozesse aufzufassen sind, so wird auch für diese durch die von ihr angerichteten Verwüstungen wichtigste Krankheit der Nachweis einer solchen Ursache geliefert werden können und müssen. Ich werde in der That an einem anderen Orte zeigen können, dass dieses Verhältniss besteht; hier sei nur bemerkt, dass die Schwierigkeit des anatomischen Nachweises gegenüber anderen Formen der Schisto-Mykose sehr gross ist und desshalb ohne Zuhilfenahme der experimentell erzeugten Fälle nur schwer geliefert werden kann. Dieses der Grund, wesshalb die gewöhnlichste Infektionskrankheit so lange in ihrem eigentlichen Wesen nicht erkannt wurde. Als Beweis für diese Behauptung bin ich zufällig in der Lage, Ihnen ein Versuchsobjekt vorzulegen, das Mesenterium einer Katze, welcher vor etwa einem Monate 0,25 Ccm. einer Flüssigkeit in die Bauchhöhle injizirt wurde, die aus einem vor etwa eben so langer Zeit mit einem minimalen Stückchen des Omentum eines tuberkulösen Meerschweinchens beschickten Kulturapparate herstammte. Sie sehen demnach, dass es gelungen ist, und zwar in zahlreichen Fällen, das Virus der Tuberkulose ausserhalb des thierischen Körpers zu züchten. Es würde zu weit führen, wenn ich hier die morphologischen Charaktere des gezüchteten Schisto-Myceten auseinandersetzen wollte; die mitgetheilte Thatsache genügt wohl, um Ihnen zu beweisen, dass es sich auch bei der Tuberkulose, wie bei so vielen anderen Infektionskrankheiten, um ein Virus handelt, welches nach Art der Organismen mit einer Fähigkeit zur Vermehrung auch in einem ganz differenten Medium, als es der erkrankte Körper darstellt, begabt ist". (Prager mediz. Wochenschrift, 1877, 29.) —

Dr. Ander veröffentlicht im Centralblatte f. d. med. Wissensch., 1877, 28. Juli, nachstehende Ergebnisse spektroskopischer Blutuntersuchungen: „1) Das Spektrum

des Blutes innerhalb der Gefässwände eines lebenden Kaninchens ist kein anderes, als das des frisch aus den Gefässen entnommenen Blutes. Die kurze Berührung mit der Luft hat auf die Lage des Absorptionsstreifens (hinter D und vor E) keinen Einfluss. 2) Das Spektrum des durch Blausäure vergifteten Blutes ist ein solches, welches auf eine starke Abnahme des Oxyhämoglobins — wegen Lichtschwächung namentlich des zweiten Streifens und wegen dunkler Entfärbung des zwischen beiden Absorptionsstreifen gelegenen Zwischenraumes — schliessen lässt. Beide Resultate sind nur auf Veranlassung und unter dem experimentellen Beistande Dr. Hiller's gewonnen worden. Stickoxydulblut ist noch nicht spektroskopisch untersucht worden. In Berlin wird bereits seit 1865 von Zahnärzten durch Stickoxydul narkotisirt. Bei dem gebräuchlichen Verfahren werden die Produkte der Exspiration mit eingeathmet. Trotz dieses Umstandes wird oft eine sehr kurze Narkose nach wenigen Athemzügen erreicht; bei kräftigen Männern und hysterischen Frauen jedoch treten nicht selten bedeutende Brustbeklemmung und Cyanose, zuweilen so früh auf, dass eine Narkose gar nicht erreicht wird; wird dieselbe erreicht, so persistiren nicht selten Beschwerden bis in den anderen Tag hinein. — Bei dem zweiten Verfahren, nach welchem nur Stickoxydul eingeathmet wird und mittelst einer Ventilvorrichtung die Exspirationsprodukte in die umgebende Luft ausgeathmet werden, tritt — nach der Erfahrung an über 4000 Narkosen — bei Gesunden ausnahmslos ohne Cyanose, rasch und bis zur Dauer einer Minute — mit erweiterter Pupille und kaum gestörter Herzfunktion — Narkose ein. 3) Das Spektrum des Stickstoffoxydul-Blutes lebender Menschen (das Stickoxydulgas war aus der Fabrik der Gebrüder Lenz für Herrn Dr. Telschow bereitet, in dessen Wohnung nur nach dem zweiten Verfahren narkotisirt und die Untersuchungen ad 3 an 10 Fällen stattfanden) zeigt eine geringe Abnahme des Sauerstoffgehaltes, etwa wie das Blut eines tief ermüdeten Menschen, und nach der Reduktion die Absorption auf der Gränze von Roth und Orange ($C_{12}D$) des Methaemoglobins, welches Vierordt als Zersetzungsprodukt des Oxyhämoglobins deutet und welches in Kystenkröpfen gefunden worden ist. 4) Bei Narkosen, welche trotz gleichzeitiger Wiedereinathmung der Exspirationsprodukte durch Stickoxydul erreicht worden sind, ist neben der Stickoxydulvergiftung auch Kohlen[säure]vergiftung namentlich insoweit nachwe[isbar] als es überaus schwierig ist, aus den b[eob]Absorptionsstreifen, welche zwischen [den] Frauenhofer'schen Linien hinter D [und] vor E gelegen sind, durch Reduktion [einen] Schluss zu machen. 5) Die Methaemoglo[bin]bildung im Stickstoffoxydulblute ist minde[stens] eine Stunde nach dem Erwachen aus [der] Narkose noch erkennbar. Unmittelbar n[ach] demselben kann das Wohlbefinden völlig [wie]dergekehrt sein und andauern. — Wie l[ange] die Methaemoglobin-Bildung im Stickst[off]oxydulblute noch erkennbar — mit und [ohne] Sauerstoffzufuhr — bleibt, soll durch we[itere] Untersuchungen festgestellt werden. 6) [Die] Veränderung der Absorptionsstreifen und [be]mentlich ihre ungleiche Lichtabnahme so[wie] das Auftreten neuer Absorptionsbänder l[assen] auf das Alter des Blutes schliessen mit ei[ner] Genauigkeit, welche — 3—4 Tage, nach[dem] es die Gefässwände verlassen hat, hindu[rch] — mindestens bis auf 6 Stunden zuverlä[ssig] ist. 7) Vierordt's Resultat, dass das B[lut] des Ermüdeten einen geringeren Oxyhae[mo]globingehalt habe, als das des eben du[rch] den Schlaf Gestärkten, hat Dr. Baebli[ch] bestätigt gefunden. Der Oxyhaemoglobinge[halt] seines Blutes betrug am Morgen 7 Uhr 25 Mi[nu]ten vor dem Frühstücke in Werthen des E[x]tinktionscoefficienten des zweiten Absorptio[ns]bandes ausgedrückt 1,421, Abends 12 U[hr] vor dem Schlafengehen 1,238. — 8) Kohl[en]oxydblut lässt bekanntlich die beiden zwisch[en] den Frauenhofer'schen Linien D und [E] gelegenen Absorptionsstreifen bei Zusatz v[on] Schwefelammonium unverändert; nach B[e]handlung mit Sauerstoff zeigt es auf Zusa[tz] von Schwefelammonium oder Zinnchlorür d[ie] eines Absorptionsstreifes des gesundes Blutes.

In einer sehr ausführlichen Arbeit in „lo Sperimentale", 1877, 4 u. 5, berichten F. Lussana und A. Lemoigne über die Ergebnisse ihre[r] Untersuchungen hinsichtlich derjenigen im Gehirne gelegenen „Centren", von welchen die verschiedenen Bewegungen des Körpers abhängen. Was zunächst die Rinde des Hirnes betrifft, so verursacht deren elektrische Erregung in der That die verschiedenartigsten Bewegungen, aber nur deren elektrische Reizung, nicht auch die mechanische, wie es wahrhaft motorische Centra eigentlich thun müssten, welche auch stets im Gegensatze zu den „Centren"

Rinde dann (elektrisch, mechanisch oder Hammer) erregt werden können, wenn sich Thier in tiefster Narkose oder in Apnoe befindet. Ferner besitzen ganz junge Thiere Rindencentra noch nicht. Dies wird besonders gegen die Schiff'sche Anschauung betont, welcher die Rindencentren für sensible Reflexcentren hält; nach den Verff. käme ja gerade bei jungen Thieren reflektorische Erfolge viel leichter zu Stande, als bei Erwachsenen. Endlich ist der nach Exstirpation des Rindencentrums eintretende paretische Zustand ein vorübergehender und die Zerstörung eines „Centrums" hebt die von ihm abhängige Bewegung durchaus nicht für immer auf. Die Rindencentra können nach den Vff. zu einer Thätigkeit wohl anregen, diese Erregung setzt aber dann erst die eigentlichen motorischen Centra in Aktion, gerade so wie periphere Sensationen Reflexbewegungen auslösen können. Die durch Exstirpation zu Stande kommende Parese ist ein Zeichen vorübergehender funktioneller Trägheit und ebenso aufzufassen, wie die Mydriasis nach Opticusdurchschneidung etc. Ferner besteht zwischen den Rinden- und den im Hirnschenkelfuss gelegenen motorischen Centren eine durch die psychischen Eigenthümlichkeiten (Gewohnheiten) des Thieres allmählig ausgebildete Solidarität der Funktionen. Was den Sehhügel und die mittleren Markbündel des Pedunc. cerebri betrifft, so kommt durch ihre Vernichtung eine Lähmung der Adduktionsbewegung des entsprechenden und der Abduktion des entgegengesetzten Vordergliedes zu Stande sowie eine Lähmung der Augen. Dasselbe gilt, wenn statt des Sehhügels diejenigen Bündel des Hirnschenkels durchschnitten werden, welche im mittleren Drittel und zwar oberhalb der Subst. nigra gelegen sind. Hat man die genannten Gebilde statt zerstört nur gereizt, so kommen die entgegengesetzten Bewegungen zu Stande: die Adduktion des entsprechenden vorderen Gliedes wird vermehrt, ebenso die Abduktion des Vordergliedes der anderen Seite, so dass dann die vorderen Glieder nach der der Verletzung entgegengesetzten Seite hinabweichen und sich das Thier dann nach der verletzten Seite hin dreht. Dasselbe geschieht, wenn nur der vordere Rand eines Thalamus verletzt wird, was nach Verf. Schiff zu der Annahme zweier verschiedener, je in den vorderen oder hinteren Dritteln des Sehhügels gelegener Centren veranlasst hat. Kommen Kontrakturen der Rückenmuskeln und seitliche Ablenkung der Wirbelsäule zu Stande, so ist dies nach den Vff. nicht auf eine Verletzung der Thalami, sondern der Bindearme zurückzuführen. Beschränkt sich eine Reizung der Sehhügel auf die oberflächlichen Strata, so kommen keinerlei Bewegungen zu Stande: dieses Stratum hat allein mit den Sehfunktionen etwas zu thun: das entgegengesetzte Auge erblindet nach der Zerstörung des eben erwähnten Sehhügeltheiles. Die Ansicht Luy's dagegen, dass die Sehhügel Sitz des Sensorium commune wären und überhaupt mit der Sensibilität etwas zu thun hätten, weisen die Vff. energisch zurück. Die Vierhügel sind mit dem oberflächlichen Stratum der Sehhügel die Centren für die Gesichtswahrnehmungen, während die Proc. cerebri ad corp. quadrig. das Centrum für die Seitwärtsbewegungen der Wirbelsäule bilden. Ihre Durchschneidung bewirkt Lähmung der Rückenmuskeln der anderen Seite, Krümmung der Wirbelsäule (Konkavität nach der verletzten Seite), Seitenzwangslage auf der korrespondirenden Seite. — Das untere Stratum des Hirnschenkels (Fuss), die innere Kapsel, die Einsenkung desselben in den Linsenkern und Streifenhügel innervirt die Extensionsmuskeln des hinteren Gliedes der entgegengesetzten Seite; dasselbe thut der Nucl. caud., seine Zerstörung hemmt somit die Vorwärtsbewegungen, seine Reizung setzt die unwiderstehliche Tendenz zu Vorwärtsbewegungen. Die runden Stränge am Boden des vierten Ventrikels bewirken gereizt Streckung des Halses und der Vorderextremitäten, Beugung der Wirbelsäule und der Hinterextremitäten, ihre quere Durchtrennung erzeugt die beschleunigten und unwiderstehlichen Vorwärtsbewegungen. Weder das Kleinhirn noch die Proc. cerebelli ad med. obl. enthalten motorische Centren; die nach ihrer Reizung oder Vernichtung eintretenden Bewegungserscheinungen hängen nur von der Betheiligung der Nachbargebilde ab und die forcirten Rückwärtsbewegungen nur von einer Reizung der runden Stränge. Unter dem Namen der Pedunculi transversi begreifen Vff. die Gesammtmasse der Fasern, welche die Proc. cerebelli ad pontem und den Pons selbst bilden und auch in die Zusammensetzung der Med. obl. eingehen. Die Durchschneidung dieser Stränge nach Magendie schafft wahre Lähmungserscheinungen, nach Longet's Methode aber erhält man nach den Erfahrungen der Vff. nur Reizungs-

Erscheinungen. Wirkliche (einseitige) Durchschneidung lähmt die Muskeln, welche den Körper um die Längsaxe nach der entgegengesetzten Seite hinrollen (Mm. sternocleidom., splenius, complexus, transvers. cervicalis, rectus post., obl. cap., scaleni, obl. abdom., rhomboid., dorsal. longus, glutaei, spin. posterior). Ferner lähmt die Durchschneidung eines Brückenschenkels den Obl. infer. der entgegengesetzten und den Obl. superior derselben Seite: daher die Abweichung des entgegengesetzten Auges nach oben und innen und des Auges derselben Seite nach unten und aussen. Die Abhängigkeit der Körperrotationen nach Durchschneidung der mittleren Kleinhirnschenkel von eben jenen anomalen Augenstellungen leugnen die Vff., da dieselben auch zu Stande kommen, wenn den Thieren die Augen vorher exstirpirt waren. — Die Brücke enthält Centren für die Bewegungen des Rumpfes und der Glieder (die Ped. transversi und die runden Stränge für die Roll- und Rückwärtsbewegungen), aber keine Centren für die Empfindung oder das Wollen. Die Med. obl. enthält in sich die verschiedensten nervösen Centren, theils sensible, theils motorische (Querbündel für die Rollbewegungen, die runden Stränge für die Rückwärtsbewegungen, die Seitenstränge und Oliven für die Bewegungen des Gesichts, der Zunge, der Nasenflügel und für das Athmen).

Prof. Leyden zu Berlin theilt zwei Fälle von akut aufgetretener Bulbärparalyse mit, welche lethal endeten und bei welchen eine genaue mikroskopische Untersuchung kleinste Erkrankungsherde der Medulla oblongata nachwies. Eine 52jährige Frau sank von einem heftigen Schwindel ergriffen plötzlich zusammen. Das Bewusstsein blieb erhalten: sie erbrach mehrere Male, es stellten sich Kopfschmerzen in der rechten Kopfhälfte ein, beim Versuche zu sprechen stiess sie mit der Zunge an, vor allen Dingen aber zeigten sich die grössten Schwierigkeiten beim Schlucken. Die Beweglichkeit der Extremitäten war im Ganzen frei geblieben, nur klagte Patientin über ein schmerzhaftes Gefühl von Ameisenkriechen in beiden Oberextremitäten. Unter dyspnoischen Erscheinungen ging die Kranke nach wenigen Tagen zu Grunde. Das Rückenmark war im Ganzen von normaler Beschaffenheit, im Hals- und im oberen Brust-Theile fand man einen spaltförmigen 2 Mm. weiten Kanal, hinter der hinteren Kommissur gelegen, mit glatter innerer Oberfläche. In der Brustmarke verschwand er, nach oben hin er in der Mitte des Halsmarkes auf. In der rechten Hälfte der erhärteten Medulla oblongata fand sich ein scharf begränzter olivenförmiger Herd, etwa 3 Mm. hoch und etwa weniger breit; in ihm bemerkte man eine reichliche Zelleninfiltration mit beginnender Erweichung und Quellung der Nervenfasern; die Umgebung (dem Corpus rectiforme angehörig) war durch eine parenchymatöse Myelitis stark betheiligt. Der Herd nahm hauptsächlich das Gebiet des Vagus, Glossopharyngeus und Accessorius ein, auf die entsprechenden Ganglienzellenkerne am Boden der Rautengrube übergreifend, den Hypoglossuskern und die Pyramiden dagegen vollkommen freilassend. Die Form und Grösse des Herdes sowie das Vorhandensein eines Herzfehlers die plötzliche Entstehung der Krankheit erklärlich machten es mehr als wahrscheinlich, dass es sich in diesem Falle um eine Embolie gehandelt habe. — Aehnlich wie in diesem erste begann auch im zweiten einen 62jährigen Schiffer betreffenden Falle die Krankheit plötzlich mit Schwindel, Kopfschmerz, besonders aber mit Schlingbeschwerden. Die Sprache war weniger betroffen, Arme und Beine dagegen paretisch und in ihren Bewegungen ungeschickt. Das Sensorium sowie die Sensibilität erschienen frei. Bei der Obduktion fand man in der erhärteten Medulla oblongata, von der Mitte der Corpora olivaria bis zu ihrem Ende sich erstreckend, etwa $^1/_2$ Ctm. hoch einen zu beiden Seiten der Raphe liegenden, links stärker entwickelten Herd, zwischen den Nervi hypoglossi gelegen. Die Nervensubstanz des Herdes erschien etwas verwischt zwar, aber doch deutlich; Körnchenzellen fanden sich nur wenige. An der Peripherie sah man eine reaktive parenchymatöse, nur die Nervenfasern betreffende Entzündung (Quellung und Vergrösserung theils der ganzen Fasern, theils nur der Axencylinder). Der ganze Prozess stellte sich als eine senile nekrotisirende Erweichung dar. — Ueber apoplektiforme Bulbärparalyse und ihre Beziehungen zu den Erkrankungen der Seitenstränge des Rückenmarks berichtet ferner L. Lichtheim. Seine Beobachtung betrifft eine 46jähr. Frau, bei welcher nach mehrfach im Laufe der Jahre eingetretenen apoplektiformen Insulten sich schliesslich eine Krankheit ausgebildet hatte, deren Hauptsymptome waren: 1) die einer Bulbärparalyse mässigen Grades, 2) die eine

innenden Atrophie der Musculi interossei, Daumen- und Kleinfinger-Ballen-Muskeln, die einer Parese der übrigen Körpermuskuur mit Rigidität und auffallender Steigerg der Sehnenreflexe verbunden. Nach einender Besprechung der den „akut entstanen Bulbärparalysen“ zu Grunde liegenden ozesse (Blutung, Embolie, akute Entzündg, Geschwülste) glaubt Lichtheim für en speziellen Fall eine durch Verschluss linken Wirbelarterie bedingte akute Bulparalyse annehmen zu sollen. Mit der arcot'schen Sclérose latérale amyotrophie kann der in Rede stehende Fall namentn desswegen nicht identifizirt werden, weil Symptome der Bulbärparalyse denen der tenstrangaffektion ohne jeden Zweifel lange hergingen, was bei der Charcot'schen ankheit gerade im umgekehrten Sinne der ll ist. Die Seitenstrangsklerose ist im vorgenden Falle entweder für eine sekundäre halten, oder man muss an eine zufällige mbination einer primären symmetrischen teralsklerose mit akuter Bulbärparalyse nken. Jedenfalls muss man nach Verf., tgegen Charcot, für diejenigen Fälle, lche mit Symptomen der Bulbärparalyse ginnen, die alte Leyden'sche Auffassung n der sekundären Natur der hinzutretenden itenstrangveränderungen wieder in ihr altes echt einsetzen. (Centralblatt f. d. mediz. issenschaften v. 26. Mai 1877.) —

Eine experimentelle und klinische Studie ber die Nervendehnung als Operaon in der chirurgischen Praxis verffentlicht P. Vogt (Leipzig, Vogel, 1877). i ihrem ersten Abschnitte beschäftigt sich ese Arbeit mit der physiologischen und anamischen Untersuchung über die Wirkung er Nervendehnung unter normalen Verhältnissen. Die bisherigen Forschungen in dieser ichtung hatten ergeben, dass jede stärkere ehnung die Mechanik der Nerventhätigkeit n der Weise ändere, dass die Reizbarkeit des erven und demnach auch seine Reflexerregbarkeit herabgesetzt wird. Verf. stellte nun xperimentell zunächst weiterhin fest, dass er Nerve selbst nur in beschränktem Maasse lastisch und überhaupt dehnbar ist, so dass eine über die physiologischen Bewegungsgrenzen der Körpertheile hinaus fortgesetzte Bewegung die Kontinuität des Nerven aufhebt. Eine Fortpflanzung des Zuges auf die nervösen Centralorgane findet desshalb nicht statt, so dass bei der Dehnung von einer direkten Einwirkung auf dieselben nicht die Rede sein kann; dagegen setzt sich der Zug auf die periphere Verbreitung fort und wirkt hier in der Weise, dass er eine Verschiebung und Lockerung der Nervenstränge in ihrer Umhüllung hervorbringt, welche mit einer gleichzeitigen Dehnung und Lockerung der in der Nervenscheide zum Nerven verlaufenden Gefässe verbunden ist. Am deutlichsten wird dieses Verhältniss an den typischen Gefässstellen, d. h. denjenigen Bezirken, an welchen die Hauptgefässe den Nervenstamm aufsuchen und ihn verlassen. Die Dehnung muss demnach sowohl eine Aenderung der Druckverhältnisse als auch eine Aenderung des Stoffwechsels im Nerven hervorrufen und hierauf dürfte die Wirkung der Nervendehnung grösstentheils zurückzuführen sein. Auf sehr viel grössere Schwierigkeiten stösst die Untersuchung über die Wirkung der Nervendehnung unter pathologischen Verhältnissen, weil dieselben entweder in ihrem Wesen noch völlig unbekannt oder am Thiere nicht nachzuahmen sind. Es gelang nur beim Einspritzen von Solutio arsenicalis unter die Nervenscheide beim Hunde eine Neuritis migrans zu erzeugen, welche zwar bei anfänglicher Steigerung der Symptome stets von selber in Genesung auslief, deren Gang aber doch durch Nervendehnung insoferne unterbrochen wurde, als eine augenblickliche Besserung und schnelle Heilung erfolgte. Bei der anatomischen Untersuchung findet man nach der Dehnung an den typischen Gefässstellen zahlreiche Blutextravasate. — Der dritte Abschnitt behandelt die Kasuistik und die bisherigen klinischen Resultate der Nervendehnung. Es sind im Ganzen zwölf Fälle, in welchen die Operation vorgenommen wurde, und zwar bei Neuralgie siebenmal, bei klonischen Krämpfen einmal, bei Epilepsie zweimal, bei traumatischem Tetanus zweimal. In der letzten Gruppe befindet sich ein Fall von schwerem traumatischem Tetanus, welcher durch die vom Verf. vorgenommene Dehnung des Plexus brachialis augenblicklich zum Stehen kam. Die daraus abgeleiteten Indikationen für die Operation finden Statt: 1) bei Neuralgieen, und zwar soll bei rein sensiblen Nerven die Neurotomie mit der Nervendehnung kombinirt, bei gemischten Nerven die Nervendehnung allein ausgeführt werden. Für die Neurotomie allein würden ganz umschriebene Neuralgieen übrig bleiben, bei welchen schon die subkutane

Diszision der betreffenden Nervenzweige genügt. 2) Bei Epilepsie, und zwar bei derjenigen Form, welche man als sekundäre oder Reflex-Epilepsie bezeichnet. 3) Bei Tetanus. Diesen drei Krankheitsgruppen wird man vielleicht noch andere anreihen können, bei welchen als vorwiegendes Symptom eine gesteigerte Erregbarkeit und auf Kreislaufsstörung beruhende Funktionsstörung in dem Nerven als peripherem Endapparate und leitendem Organ erkennbar ist. —

F. Robinson beobachtete, abgesehen von der gummösen Form, zwei verschiedene Modifikationen, unter denen syphilitische Lungenerkrankungen auftreten. Bei der ersten und selteneren ist der grösste Theil des Organes mitbetheiligt, indem die Affektion von der Basis aus hinten und vorn nach der Spitze fortschreitet; bei der zweiten dagegen handelt es sich ausschliesslich um eine Betheiligung der Lungenspitzen. Aeussere Erscheinungen von Lues pflegen dabei zu fehlen. Die erstere dieser beiden Formen unterscheidet sich nur wenig von der gewöhnlichen chronischen Pneumonie; die Ausdehnung der Affektion scheint im ersteren Falle eine grössere zu sein und die Allgemeinerscheinungen weniger intensiv. Das Fieber ist sehr gering, Dyspnoe tritt nur bei Anstrengung ein; Sputa fehlen. Was die zweite und häufigere Form der syphilitischen Lungenerkrankung anbetrifft, so unterscheidet sich diese von der chronischen Tuberkulose durch folgende Punkte: der äussere Habitus der Kranken ist ein anderer, namentlich ist die Brust gut entwickelt und der Ernährungszustand ein befriedigender. Das Fieber ist gering, Husten, Diarrhoe und Nachtschweisse fehlen. Die Spitzendämpfung ist wenig ausgesprochen. Häufiger werden beide Spitzen und zwar gleichmässig befallen. Konsonanzerscheinungen sind daselbst vorhanden, können aber auch fehlen. Der Puls ist weniger „rapid“ als bei gewöhnlicher Phthise. Dabei fühlen sich die Kranken wohl, verrathen aber durch ihre Blässe das Vorhandensein einer Kachexie. Ueber die Häufigkeit der Hämoptoe unter diesen Umständen fehlen dem Verf. die Erfahrungen. — Für die Diagnose ist die lange Dauer beider Formen, ohne dass es zu den schweren phthisischen Allgemeinerscheinungen kommt, wichtig. Die Prognose pflegt gut zu sein. Therapeutisch wird Lebertran mit Eisen neben Jodpräparaten empfohlen. (The Lancet, 1877. I Nr. 18.)

P. Girney berichtet im „American Journ. of the med. sciences“, Juli, 1876, p. 73, üb. 4 prägnante Fälle multipler Exostose. Der erste war ein Mann von 34 Jahren, e. preussischer Musiker, und hatte 17 knöcher. Auswüchse: zwei symmetrische auf der Spin. beider Schulterblätter, einen von $2^1/_2$" Läng. am inneren Umfange des rechten Oberarme. an der ersten Phalanx des Mittelfingers rech. ter Hand an zwei Stellen, einen sehr grosse. auf der Vorderfläche des rechten Oberschen. kels von $10^1/_2$" Ausdehnung an der Basi. $4^1/_2$" im vertikalen und 5" im queren Durch. messer und dicht daneben einen anderen n. $2^1/_2$" Höhe und 2" Breite, und einen üb. dem äusseren Kondylus. Am linken Ober. schenkel sass an der Gränze zwischen de. mittleren und unteren Dritttheile eine Exo. stose von 12" Basisumfang, 5" Höhe un. $5^1/_2$" Breite und auf dem äusseren Kondyl. ein Riff symmetrisch zu dem des andere. Oberschenkels; an der hinteren Fläche de. Tibia und Fibula und etwas tiefer auch a. den Vorderflächen beider Knochen sowie a. Kopfe der linken Tibia fanden sich zum Theil. umfangreiche Auswüchse. Die elfjährige Toch. ter dieses Mannes zeigte 18 Exostosen, vo. denen 2 an der Scapula symmetrisch waren. ein neunjähriger Sohn acht und zwanzig un. eine Tochter von vier Jahren mehrfache leich. tere Anfänge dieser Wucherung. Hereditä. ist auch hier die unverkennbare Ursache de. Affektion. Schon der Grossvater hatte mehr. fache Exostosen sowie zwei andere Söhne des. selben. Seitdem Chiene nach subkutanem. Abbrechen dieselben der Resorption verfallen. sah, erscheint seine Methode als der best. therapeutische Eingriff. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 34. *Erlangen*, am 25. August 1877.

Wöchentlich 1 Bogen von 4 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Kenntniss der Osteomalacie. Ueber Ischias. Resultate aus Untersuchungen über die Wirkung der Temperatursteigerung. Zur Physiologie der Kohlehydrate. Die krankhaften Veränderungen der Epiglottis. Der Abdominaltyphus der Kinder. Ueber Diphtherie. Veränderungen kleiner Gefässe in Nierenkrankheiten. Heilung grosser Wunden nach neuer Verbandmethode.

Aus der chirurg. Klinik des Prof. Czerny in Freiburg veröffentlichen die HH. O. Langendorff und J. Mommsen nachstehende Beiträge zur Kenntniss der Osteomalacie. Ein in seiner Kindheit rhachitisch gewesener Schneider erkrankte zuerst in einem 33. Lebensjahre an „rheumatischen Schmerzen", die ihn zeitweise am Gehen hinderten, und zog sich 4 Jahre später beim Heben eines Bügeleisens einen Schlüsselbeinbruch zu, auf welchen bald anderweitige Knochenbrüche folgten. Allmählig bildeten sich Verkrümmungen der Extremitäten und des Thorax aus und Harnbeschwerden in Folge von Harnsteinen. Wegen eines Oberschenkelbruches in das Krankenhaus aufgenommen, verfiel er immer mehr, wurde stumpfsinnig und starb nach einem halben Jahre asphyktisch. Die Eröffnung seiner Leiche ergab unter Anderem Folgendes: Schädeldach dickwandig, porös, Knochen leicht schneidbar. Gewicht des macerirten Schädels mit dem Unterkiefer 370 Grm., Zähne kariös, aus den geschrumpften Alveolen weit hervorragend. Wirbelsäule stark verkrümmt, Entfernung vom Atlas bis zur Sitzebene 42 Cm.; Becken schief nach vorne gedreht, linke Spina mehr vorn stehend und 2 Zoll tiefer als die rechte; Becken in der Quere und seitlich verkürzt: Conjugata vera 6,5 Cm., Querdurchmesser 6 Cm.; Knochen lederartig weich, am meisten in der Pfannengegend. An den Extremitätenknochen vielfache Krümmungen und Infraktionen, die Endphalangen der Finger kolbig und verkürzt, die Nägel 3 Mal so breit als lang. Das Mark des linken Oberarmes im Bereiche der oberen 2 Drittel der Diaphyse roth, in den Epiphysen gelb mit kystenartigen, eine alkalische Flüssigkeit enthaltenden Hohlräumen. Das Mark der linken Tibia gelb, neutral, nur in der Mitte, wo es gallertig wird, alkalisch (nicht durch NH^3), enthält ebenfalls Kysten mit alkalischem Inhalte. Von den inneren Organen ist zu erwähnen: Nieren klein, Kapsel schwer löslich, Parenchym blutreich, Becken und Kelche stark ausgedehnt mit zahlreichen bis erbsengrossen Konkrementen, im linken Becken eines von Taubeneigrösse. Blase leer. In der Aorta kein atheromatöser Prozess. Der Urin, dessen Gewinnung wegen des Stumpfsinnes des Patienten, welcher Alles unter sich liess, sehr erschwert war, schien an Menge nicht vermehrt und von normalem Gewichte (1017) zu sein; er war meistens alkalisch oder neutral (es bestand etwas Blasenkatarrh) und trübe von Bakterien-, Blasenepitelien und lymphoiden Körperchen und enthielt zuweilen ein Sediment aus Trippelphosphaten, kohlen- und phosphorsaurem Kalke; vorher hatte er auch oxalsauren Kalk enthalten. Die Phosphorsäure des Urins betrug an einem Tage, an welchem die gesammte Tagesmenge erhalten werden konnte, 1,397 Grm. in 24 Stunden, war also eher unter der Norm, wofür auch einige andere Bestimmungen, bei denen jedoch nicht die ganze Tagesmenge zu Grunde gelegt werden konnte sprachen. Die Menge

der Gesammtasche fiel innerhalb der normalen Schwankungen, die Menge des Kalkes wurde zu 0,15 und 0,225 gefunden, also nicht auffallend gering. Die Vff. vermuthen, dass vielleicht in den früheren Stadien der Krankheit abnorm viel Kalk mit dem Urine entleert worden sei, wofür die (hauptsächlich aus phosphorsaurem Kalk und Magnesia bestehenden) Harnsteine sprechen. — Eiweiss konnte einige Male in der gewöhnlichen Weise im Harne nachgewiesen werden, andere Male verliefen die Reaktionen etwas ungewöhnlich und schienen auf Mucin oder eine Eiweissmodifikation, wie sie schon früheren Autoren (Bence-Jones) begegnet war, hinzudeuten. Milchsäure fand sich im Harne, wurde aber auch aus normalem Harne gewonnen. In dem Knochenmarke wurde Eiweiss mit den gewöhnlichen Reaktionen (entgegen älteren Angaben) nachgewiesen; Milchsäure wurde in den Knochen nicht gefunden, auch nicht nach vierwöchentlichem Faulen der Knochen. Ein Theil des Humeruskopfes wurde mit einem entsprechenden Theile eines an akuter Tuberkulose verstorbenen Mannes verglichen und gab an Aether ab 60,38 pCt. (Fett), der letztere nur 24,31 pCt.; an Asche enthielt jener 37,8 und dieser 54,24 pCt. Die Asche von jenem enthielt 44,48 CaO und 34,76 PO_5, die von diesem 53,05 CaO und 43,93 PO_5. Leim wurde aus dem malacischen Knochen nur 23,19 pCt. gewonnen. — Die mikroskopische (von M. angestellte) Untersuchung des entkalkten malazischen Knochens zeigte die bedeutende Erweiterung der Havers'schen Kanäle bis zu wirklichen Markräumen, das normale Lamellensystem war nirgends vollständig mehr, ebenso waren die Begränzungslinien (v. Ebner's „Kittlinien") nur wenig und undeutlich ausgeprägt. An anderen Stellen war die Grundsubstanz einfach längsfaserig und häufig fand ein kontinuirlicher Uebergang in die lamelöse Striktur statt, indem nach und nach zwischen den Längsfasern Querfasern auftraten. In manchen Partieen zeigten die Knochenkörperchen die verschiedensten Formen und waren regellos angehäuft und hier zeigte sich die bei schwacher Vergrösserung homogen oder schwach körnig erscheinende Grundsubstanz, bei stärkerer Vergrösserung aus feinen in allen Richtungen verfilzten Fasern bestehend, endlich traten noch zuweilen an diesen Stellen massenhaft perforirende (Sharpey'sche) Fasern auf, welche sich an entsprechenden gesunden Knochen fast gar nicht fanden. Das ganze Verhalten stimmte auffallend überein mit v. Ebner's Beschreibung des Knochens von Neugeborenen. V... entkalktem normalem Knochen, welcher ... kanntlich ebenfalls streifig erscheint, unt... scheiden sich die malazischen Knochen ... durch, dass dort die Streifen ziemlich b... und in Folge der lamelösen Struktur ... schieden lichtbrechend erscheinen, währ... hier die Streifen durchaus feinfaserig ... ohne Unterschiede der Lichtbrechung ... darstellen. Desshalb sprechen sich die V... gegen die Theorie Rindfleisch's, wel... die Veränderungen auf eine von den Ma... räumen und Havers'schen Kanälen a... gehende Säurewirkung zurückführt, aus, ... mal da in den kranken Knochen die ge... die Markhöhle hin gelegene Randschichte ... vielen Stellen nicht aus feinfaserigem Gew... sondern aus Knochengewebe bestand. A... liessen sich nach der künstlichen Entkalk... die ursprünglich kranken feinfaserigen Zo... von den gesunden entkalkten Partieen de... lich unterscheiden. Das gelbe Mark ... Knochen verhielt sich wie normales, ... rothe war an manchen Stellen (Tibia) dur... weg reich an meist rundlichen, feingranulir... Zellen mit 1 oder 2 grossen Kernen ... meist deutlichen glänzenden Kernkörnch... und enthielt ausserdem spärliche rothe Bl... körperchen. Daneben war grobmaschiges Fe... gewebe, mehr oder weniger stark entwick... An anderen Stellen waren jene Zellen sp... licher vorhanden und es fanden sich in d... zarten bindegewebigen Maschenwerke za... reiche rothe Blutkörperchen und sehr v... Pigmentkörner; die Blutgefässe, namentli... die Venen, stark gefüllt. — Die grösser... Kysten waren von einer derben gefässarm... Membran ausgekleidet, die nach innen k... Epitel und nach aussen sehr viel Pigmen... körnchen besassen; die kleineren nicht deu... lich abgegränzten Kysten enthielten Fettkör... chen, Blutkörperchen, Pigmentkörner u... -Schollen und hie und da ein von der Um... gebung isolirtes Knochenbälkchen. In d... Umgebung der Kysten, seltener in dem übri... gen Knochengewebe, fanden sich zahlreich... Riesenzellen in den erweiterten Havers'schen... Kanälen und zwar am Rande gegen den... Knochen hin, der die entsprechenden How... ship'schen Lacunen zeigte. Ausserdem kamen... in den Havers'schen Kanälen verschieden... geformte Rund- und Spindel-Zellen vor. Ein... zelne Knochenkörperchen hatten eine unge... wöhnliche Grösse und enthielten mehrere... Kerne, Körnchen und glänzende (Kalk-)...

elchen, wie die Riesenzellen. — Aus vorstehenden Befunde schliesst Mommdass es sich um eine Knochenerweichhandle, welche nicht auf Säureeinwirkung t, sondern auf einer komplizirten Stoffselstörung, durch welche, wenigstens in gewissen Stadium, das ganze Knochenbe demjenigen des Neugeborenen ähnwird; die Veränderungen können in dem llichen Knochen noch fortbestehen, wenn Markgewebe wieder normal geworden ist hier in der Tibia). Ob bei dieser Reion die Riesenzellen eine Rolle spielen, t dahin gestellt, wiewohl Manches in Auftreten und ihrer Anordnung dafür sprechen scheint. Die Entstehung der nzellen anlangend, so ist Mommsen gt, sie mit Wegner als Sprossen der swandung aufzufassen. Als Ursache der en hält Mommsen Blutungen für wahrnlich in Folge leichter traumatischer irkungen auf die kranken Knochen. Dass einen Stillstand des osteomalazischen Proes darstellen, hält er in dem vorliegenden für ganz unwahrscheinlich. (Centralblatt med. Wissenschaften, 1877, 28. Juli.) —

Thomas Buzzard glaubt zweierlei Zue unterscheiden zu müssen, die gewöhnmit dem Ausdrucke „Ischias" zusamgefasst werden: ausstrahlende Schmerzen des Ischiadicus ohne nachweisbare te Ursache; Schmerzen, die auf einer weisbaren Reizung des Nervenstammes hen; und endlich Schmerzen in den Mus und in der Umgebung derselben. Bei beiden ersten Formen ist nach ihm stets Veränderung in den nervösen Centralen (grauer Substanz) anzunehmen, mag lbe primär oder sekundär, von der Perie aus durch eine Neuritis migrans fortlanzt sein. Weiter hebt Buzzard hers dass in sehr vielen Fällen eine Lumbago Ischias vorhergeht; diese Lumbago ist ihm als eine Neuralgie der letzten Lumerven zu betrachten, welche durch Anastoen mit dem Plexus sacralis im Zusammenge steht. Als eine besonders schwere und näckige Form der Ischias ist diejenige erwähnen, welche der Arthritis deformans Hüftgelenkes vorausgeht oder dieselbe leitet und vielleicht auf einer chronischen ritis beruht. Als der dritten obigen Kate- angehörig, also als schmerzhafte Muskelaffektionen, unterscheidet Buzzard: 1) Myalgieen durch übermässige Anstrengung der Beugemuskeln, und bei der Thätigkeit der letzteren wahrnehmbar; 2) Muskelrheumatismen, durch atmosphärische Ursachen (Kälte), wobei der Schmerz ebenfalls nicht spontan, sondern nur bei Bewegungen auftritt; 3) entzündliche Zustände der Schleimbeutel, welche auch durch gewisse in's Blut oder in die Lymphgefässe gelangende Noxen (z. B. Trippergift) hervorgebracht werden können. Buzzard erwähnt einen solchen Fall von gonorrhoischem Rheumatismus im Latissimus dorsi und anderen Rückenmuskeln, der anfangs mit so heftigen Erscheinungen auftrat, dass der Verdacht einer Spinalmeningitis dadurch erweckt wurde. — Besonders eingehend verbreitet sich Buzzard über die Behandlung der Ischias. Abgesehen von der Kausalbehandlung sind als palliative Methode die hypodermatischen Morphium-Injektionen, die Hautreize und die Anwendung der Elektrizität von grösster Bedeutung. Unter diesen 3 Methoden steht nach ihm die hypodermatische Injektion in erster Linie. Was die Elektrizität betrifft, so hat der Induktionsstrom weniger Nutzen bei eigentlicher Ischias als bei Muskelrheumatismen; bei jener (namentlich bei der auf entzündlicher Nervenreizung beruhenden Form) folgt sogar öfter eine Verschlimmerung. Dagegen ist der konstante Strom gerade hier von grossem Werthe. Buzzard unterscheidet 3 Arten seiner Anwendung: 1) Applikation des positiven Poles in der Sakralgegend, des negativen im peripherischen Theile der Extremität, oder in ein Gefäss mit Salzwasser, in welches der Patient seinen Fuss hineinstellt; Applikation zweier Schwamm-Rheophoren, in 2—3 Zoll Entfernung von einander nächst dem hinteren und oberen Theil des Oberschenkels und allmählige Führung desselben nach abwärts bei Einhaltung gleichen Abstandes der Elektroden; 3) Applikation des negativen Poles auf das Sakrum und des positiven der Reihe nach auf die verschiedenen Schmerzpunkte. Theoretisch gibt Buzzard dem positiven Verfahren den Vorzug, empfiehlt übrigens mit Recht, die Anwendung hypodermatischer Injektionen neben der des konstanten Stromes nicht zu verabsäumen. (The Practitioner, 1877, Febr.) —

In einer grösstentheils im pathologischen Institute zu Breslau ausgeführten Arbeit be-

schäftigt sich M. Litten mit der Wirkung der Temperatursteigerung von dem Gesichtspunkte aus, dass die Erhöhung der Eigenwärme das konstanteste und wichtigste Symptom des Fiebers ist. Die Versuche wurden an Meerschweinchen angestellt, die sich in einem Wärmekasten von konstanter Temperatur befanden, und zwar wurden 36° bei Anwendung von mit Wasserdampf gesättigter Luft gewählt, 37° bei trockener. Die hohe Temperatur der umgebenden Luft verhinderte den Wärmeverlust der Thiere zum grössten Theile und führte dadurch zur Steigerung der Eigenwärme. Bei den Thieren, welche wenigstens 36—48 Stunden dem Versuche unterworfen waren, ehe der Tod eintrat, zeigten sich konstant Verfettungen und zwar zuerst in der Leber, dann im Herzen und in den Nieren. Von den quergestreiften Muskeln verfetteten zuerst Zwerchfell und Interkostalmuskeln, häufig schon gleichzeitig mit dem Herzen. Die längste Zeitdauer der Erwärmung, welche von einzelnen Thieren überlebt wurde, betrug 5—6 Tage. Bezüglich des mikroskopischen Befundes sei auf das Original verwiesen und hier nur hervorgehoben, dass die Verfettungen in doppelter Form vorkommen: einmal zeigen sich die Zellen mit einem grossen oder mehreren kleinen Fetttröpfchen erfüllt, welche jedoch die Form der sie beherbergenden Zellen deutlich erkennen lassen; andere Male, wie in den Nieren und der Muskulatur, sieht man die präformirten Schläuche mit feinen Fetttröpfchen erfüllt, ohne dass man den normalen Inhalt derselben wahrnehmen kann. Beide Prozesse kommen neben einander vor und gehen in einander über. — Jedesmal zeigten die dem Versuche unterworfenen Thiere eine kolossale Abmagerung, welche nicht vom Hunger allein abhängt. — Der Versuch, zu einer Erklärung dieser Veränderungen zu gelangen, kann nach Verf. nur auf Grund von Stoffwechseluntersuchungen gemacht werden, und zwar handelte es sich zunächst um Untersuchung des Gaswechsels, da die Steigerung der Harnstoffausscheidung in Folge der Erhöhung der Körpertemperatur bereits von verschiedenen Seiten festgestellt ist. Zur Bestimmung der Kohlensäure-Ausscheidung wurden die Thiere in den luftdicht verschlossenen Wärmekasten gesetzt, welcher einerseits mit einer Gasuhr, andererseits durch ein mit Barytwasser gefülltes Röhrensystem mit einer Bunsen'schen Wasserluftpumpe in Verbindung stand. Wurde diese in Stand gesetzt, so ging ein Luftstrom durch die Gasuhr, den Wärmekasten, [illegible] Barytröhren; die von dem Thiere gebild[illegible] Kohlensäureausscheidung wurde vom Bar[illegible] wasser gebunden, ihre Menge durch Titri[illegible] nach dem Verfahren von v. Pettenko[illegible] festgestellt. Die Thiere wurden im Hung[illegible] zustande zu dem Versuche verwendet, zu[illegible] die Kohlensäure-Ausscheidung unter norma[illegible] Verhältnissen festgestellt, dann bei erhöh[illegible] Temperatur und zwar wurde der Vers[illegible] begonnen, wenn eine annähernde Konst[illegible] der Eigenwärme eingetreten war, was [illegible] nach 6—8 Stunden geschieht. Das Resu[illegible] von 13 Versuchen war regelmässig eine [illegible] sehr beträchtliche Abnahme der Kohlensä[illegible] Ausscheidung bei Erhöhung der Körperte[illegible] ratur — bis zu 50 pCt. und darüber. Bi[illegible] man aus den vom Verf. mitgetheilten Ein[illegible] zahlen das Mittel, so erhält man als Koh[illegible] säure-Ausscheidung bei normaler oder w[illegible] erhöhter Temperatur 0,1565 Grm. Koh[illegible] säure-Ausscheidung in 1 Stunde für 100 G[illegible] Körpergewicht (Mittel aus 11 Beobachtung[illegible] dagegen nur 0,0829 Grm. bei erhöhter K[illegible] pertemperatur (Mittel aus 13 Beobachtung[illegible] Die abweichenden Beobachtungen früh[illegible] Autoren erklären sich zum Theile aus [illegible] zu frühen Beginne der Versuche, ehe [illegible] Temperatur des Thieres selbst gesteigert [illegible] In Uebereinstimmung damit stehen, wie L[illegible] ten anführt, die Beobachtungen von Erl[illegible] Die verminderte Kohlensäure-Bildung m[illegible] nothwendig mit einer verringerten Sauerst[illegible] aufnahme einhergehen. Als Ursache der v[illegible] ringerten Sauerstoff-Aufnahme betrachtet L[illegible] ten Alterationen der Gewebszellen, name[illegible] lich der rothen Blutkörperchen, von de[illegible] es bekannt ist, dass sie durch Temperat[illegible] erhöhung zu Grunde gehen. So würde [illegible] verminderte Sauerstoffaufnahme, der vermeh[illegible] Eiweisszerfall, verminderte Kohlensäure-[illegible] gabe und Verfettung im engsten Zusamm[illegible] hange stehen. Sterben die Thiere nicht w[illegible] rend des Versuches und gönnt man ih[illegible] Zeit zur Restitution, so beobachtet man ei[illegible] Vermehrung der Kohlensäure-Ausscheidu[illegible] in der Rekonvalescenz, unter gleichzeitig[illegible] Verschwinden der fettigen Degenerationen. Es fragt sich nun, in wie weit man die Versuchsergebnisse für die menschliche Pathologie verwerthen kann. Es liegt zunäch[illegible] sehr nahe, die als Folge hohen Fiebers b[illegible] kannte Veränderung der Organe, welche v[illegible] Virchow als „trübe Schwellung“ oder „p[illegible] enchymatöse Entzündung“ bezeichnet i[illegible] als Initialstadium der Verfettung aufzufasse[illegible]

r That ist dieses von verschiedenen unbedenklich geschehen, namentlich Liebermeister. Verf. spricht sich ieden gegen diese Anschauung aus: in Stadium der Erhitzung der Thiere ich neben der Verfettung „trübe Schwell- wenn auch das makroskopische Aus- der Organe mitunter ein ähnliches ämlich dann, wenn die Thiere während ersuches Nachts gestorben waren und bis zum anderen Morgen in dem Wärme- verweilt hatten. Nur die Verfettung rgane, wo sie sich in fieberhaften Krank- findet, ist eine Folge der abnormen rung der Körpertemperatur; wo paren- töse Degenerationen daneben vorhan- nd, hängen sie nach Verf. nicht direkt er Erhöhung der Körpertemperatur zu- en, sondern haben andere noch unbe- e Ursachen (spezifische Infektion? Lei- rscheinung?). — Die Verminderung der nsäure-Ausscheidung würde nun nach ngaben von Wertheim mit den Ver- sen des Fiebers übereinstimmen, wäh- Liebermeister und Leyden eine ehrung der CO_2-Ausscheidung im Fieber den haben. Vf. meint, dass, wenn wirk- im Fieber eine erhöhte CO_2-Ausscheid- besteht, diese nicht auf die Steigerung igenwärme, sondern auf andere noch annte Einflüsse zurückzuführen ist, die Wirkung der Wärme kompensiren übertreffen. — Zum Schlusse weist Vf. e Analogieen hin, die zwischen der ichen Erwärmung und der Wirkung ver- ener Gifte, anämischer Zustände und inder Sauerstoffzufuhr in Folge der Be- rung des Lungengaswechsels bestehen. tztere Ursache konstant Verfettung be- steht noch dahin, während eine lokale ränkung der Sauerstoffzufuhr zu den en nach früheren Versuchen von Cohn- und dem Vf. sicher diesen Effekt hat. chow's Archiv, Bd. 20.) —

Pflüger's Archiv, XIV. Bd., S. 473 ff., ntlicht Dr. O. Nasse Bemerkungen Physiologie der Kohlehydrate. enselben sah er sich veranlasst durch ngaben Seegen's, dass Glykogen beim iren mit Speichel bei weitem nicht die etisch erforderte Quantität Zucker liefert. e ging von der Einwirkung der Diastase mylum aus: es entsteht dabei nicht benzucker, sondern Dextrin und Maltose ($C_{12}H_{22}O_{11} + H_2O$), welche beim Erhitzen mit verdünnten Säuren Zucker geben. Nasse digerirte Amylumkleister mit menschlichem Speichel und stellte nach längerer Zeit die reduzirende Wirkung dieses Gemisches auf Kupferoxyd fest. Das Reduktionsvermögen (Red. = V.) der Flüssigkeit betrug nur 45 bis 48 pCt. des, für den Fall, dass das Amylum vollständig in Zucker übergegangen wäre, erforderten Reduktionsvermögens. Zusatz von die Speichelwirkung beschleunigenden Stoffen, wie Kochsalz oder Kurare, waren ohne Einfluss auf die Menge des gebildeten Zuckers. Glyzerinauszüge aus menschlichem Pankreas hatten dieselbe Wirkung; auch die Einwirkung der Salze war dieselbe wie beim Speichel. Daraus folgt mit grosser Wahrscheinlichkeit die Identität des Fermentes der Speicheldrüsen und des Pankreas. — Bei der Einwirkung von Speichel auf Amylum entsteht kein Traubenzucker; Nasse nennt die dabei entstehende Substanz „Ptyalose". Ihr Reduktionsvermögen verdoppelt sich durch Kochen mit verdünnter Schwefelsäure. Ausser dieser Ptyalose entsteht noch das Achroodextrin Brücke's. — Bei der Einwirkung des Speichels auf Leberglykogen und Muskelglykogen entsteht ebenfalls kein Traubenzucker, sondern Achroodextrin und Ptyalose, welche sich jedoch von der Amylumptyalose durch ein noch geringeres Reduktionsvermögen unterscheidet. Die Umwandlung des Glykogens in der Leber ist hiervon verschieden: die todtenstarre Leber enthält Traubenzucker oder wenigstens eine Zuckerart, deren Reduktionsvermögen durch Erhitzen mit verdünnter Schwefelsäure nicht erhöht wird. Die vom Verf. früher durch Digestion mit Speichel und Ueberführung in Zucker bestimmten Quantitäten Glykogen in Muskeln sind nach diesen neuen Beobachtungen bei weitem zu niedrig. Durch Multiplikation mit 2,34 wurden annähernd richtige Werthe erhalten. Nasse theilt die darnach umgerechneten Werthe für den Glykogengehalt frischer und todtenstarrer Muskeln mit. Es ergibt sich daraus, dass der Gehalt der Muskeln an Glykogen sehr wechselnd ist — von 0,35 bis 0,9 pCt. — und weiterhin, dass bei dem Uebergange der Muskeln in den todesstarren Zustand stets ein gleicher Bruchtheil des Glykogens verschwindet. Diese Thatsache lässt vermuthen, dass wenigstens im erwachsenen Organismus das Glykogen ein wesentlicher Bestandtheil der kontraktilen Substanz ist, nicht nur in ihr aufgespeichert, wie in der Leber.

Die krankhaften Veränderungen der Epiglottis haben bisher, ausser als Theilerscheinungen schwerer Allgemeinerkrankungen, wie Tuberkulose, Syphilis und bei malignen Affektionen, wenig Beachtung gefunden trotz ihrer wichtigen Lage und zahlreichen Verbindungen. Der biegsame Faserknorpel, der ihr Gerüst bildet, steht durch seine Schleimhautüberkleidung sowohl mit der Zunge (3 Ligam. glosso-epiglott.) als dem Arcus palato-pharyngealis und dem Kehlkopfe (Ligam. ary-epiglott.) im Zusammenhange; der Knorpel ist von kleinen Drüsen durchsetzt. Einfache Entzündungsveränderungen der Epiglottis finden sich bei manchen Rachenkatarrhen: Kongestion, Erweiterung der Gefässe und Schwellung der Follikel; der freie Rand erscheint gerader und schärfer; die subjektiven Erscheinungen sind die des Rachenkatarrhes, nichts weist auf Betheiligung der Epiglottis hin. W. Marcet ist nun geneigt, einem so komplizirten Rachenkatarrhe grösseres Gewicht wegen der offenbar schweren Ernährungsstörung beizulegen. Tuberkulose der Epiglottis kann so beginnen, allerdings dürften aber dann die Lungen bereits nachweisbar tuberkulös oder aber der Larynx der Sitz der Primärerkrankung sein. Wirkliche Schwellung und Gestaltsveränderung der Epiglottis finden sich bei Tuberkulose, Syphilis und malignen Erkrankungen; doch berichtet Marcet 3 Fälle, in denen neben leichten vorübergehenden Lungenerscheinungen, die den Verdacht auf Tuberkulose erregten, diese Veränderungen bestanden, aber zur Heilung kamen. Die Symptome bestanden in Dysphagie, Gefühl eines fremden Körpers im Schlunde, schwacher Stimme. Bei Tuberkulose findet man ausser Schwellung und Gestaltsveränderung mehr weniger ausgebreitete Substanzverluste bis zu fast vollständiger Zerstörung der Epiglottis. Marcet sah 2 Fälle mit ziemlichen Substanzverlusten, Stimmlosigkeit resp. schwacher versagender oder überschnappender Stimme, ohne dass sich Veränderungen im Kehlkopfe oder den Lungen nach sicherem Ausschlusse von Syphilis nachweisen liessen. Die Erkrankung kam zur Heilung, Marcet aber glaubt, dass später Tuberkulose auftreten werde. Unter den von ihm (Med. chir. Transactions 1875) beschriebenen 70 Fällen von Laryngealphthisis waren 31 mit gleichzeitiger Epiglottis-Erkrankung, aber auch mit deutlicher Lungenerkrankung. Marcet's Behandlung der einfachen Entzündung besteht in Pinselungen der Epiglottis mit einer Lösung von Jod 0,9—1,2 in 30,0 c. amygd. dulc.; bei gleichzeitiger Verdickung innerlich Syrup. ferr. jodat. oder Kalium jodat.; äusserlich Einreibungen mit obiger Lösung 2—3 Mal täglich; bei Tuberkulose Ol. jodat.; örtlich Anodyna. Einmal hat Marcet günstigen Erfolg von der Kauterisation mit Lapis infern. in Substanz nach Krishaber mit dessen Kehlkopfätzmittelträger. Jodinhalationen sind bei Tuberkulose und Syphilis nutzlos, schädlich sogar im akuten Stadium durch Steigerung der örtlichen Irritation. (British medical Journal, 18. Nr. 862.) —

Der 2. Bd. der Berliner „Charité-Annalen" enthält eine Arbeit von Dr. Henoch über den Abdominaltyphus im Kindesalter. Derselben liegen 97 Fälle zu Grunde, worunter 66 auf der Kinderabtheilung der Charité beobachtet worden waren. Vf. macht zunächst auf die Schwierigkeit der Diagnose wie der Abgränzung der Krankheit aufmerksam, die bekanntlich bei Kindern trotz ausgesprochen „typhöser" Erscheinungen die anatomischen Veränderungen im Darm äusserst geringfügig und überdies keineswegs charakteristisch sein können. Am häufigsten war das 6. bis 10. Jahr befallen, Knaben etwas mehr als Mädchen. Das Fieber begann in einigen wenigen Fällen plötzlich mit Frost und jähem Ansteigen der Temperatur, welche schon in den ersten Tagen 41° oder selbst mehr erreichte. Sie verliefen ähnlich wie in solchen Fällen Erwachsener meist schnell und günstig. In den meisten Fällen verhielt sich das Fieber so, wie bei Erwachsenen gewöhnlich. Die Dauer des Fiebers betrug meistens 2—3 Wochen, in von 54 nur etwa 1 und in anderen 4 Fällen 7 Wochen. Der Abfall erfolgte in 6 unter den 97 Fällen ganz plötzlich, kritisch, ohne dass, wie gewöhnlich, ein Stadium intermittens vorhergegangen wäre. Die Pulsfrequenz war nicht selten im Vergleiche zur Temperaturhöhe gering. Die nervösen Störungen waren, wie von allen Kinderärzten angegeben wird, weit seltener und in geringerem Grade ausgeprägt als bei Erwachsenen, und standen häufig in gar keinem Verhältnisse zur Temperaturhöhe, so dass sie sich aus dieser allein nicht erklären lassen. Im Stadium intermittens traten mehr oder minder beträchtliche Störungen (Psychosen, Aphasie, Paralysen

rose) von verschieden langer Dauer ein ist stets günstig verlaufend. — Von den inungen Seitens der Verdauungsorgane wähnt: Darmblutung, welche in 4 Genesung endigenden Fällen, Darmration mit tödtlicher Peritonitis und titis mit tödtlichem Ausgange, welche 1 Falle beobachtet wurden. Decubitus ur in 4—5 Fällen vor, nie in bedenkn Grade. — Recidive wurden 16 Mal Fällen beobachtet, 4 Mal, wo gar keine entziehung (Bäder etc.), 4 Mal, wo enige kühle Bäder, und 8 Mal, wo eine ere Zahl derselben gegeben worden wa- Der Ausgang war stets sehr gut. — Bezh der Therapie warnt Henoch vor der lonenmässigen Kaltwasserbehandlung geder Kinder wegen des hier leichter als rwachsenen eintretenden Kollapses. Zur setzung der Temperatur erwiesen sich und Natron salicyl. oft wirksamer Bäder (von 20—22° R.). Im Uebrigen symptomatisch verfahren und die Erg vorsichtig geleitet. —

Resumé des interessanten Berichtes riquet's über die Diphtherie-Epi- in Frankreich während des s 1875 lautet wie folgt: „1) Im Jahre rat die Diphtherie sporadisch, in klein Krankheitsgruppen, epidemisch oder ndemisch, in ca. 160 Gemeinden auf, ch auf 29 Departements vertheilen. Ortschaften, in welchen sich die Krankeigte, waren meist in Thälern gelegen, n grössere Gewässer mit zahlreichen en zufliessen. Sonst sehr gesunde Land- wurden ergriffen und wüthete in einer nde die Diphtherie sehr heftig, während mittelbar benachbarte frei ausging. Ge-en, die von der vorigen Epidemie heimt, sowie Gegenden, die von ihr verblieben waren, wurden in gleicher heimgesucht. 3) Die Diphtherie beunendlich häufiger das Land als die ausgenommen grosse Arbeiterstädte, in en sie endemisch ist. (Bessere hygieni- Zustände der Städte, schlechtere der tiertel.) Einzige Ausnahme von der bildet Lyon, obwohl daselbst die sub 3 genannten Umstände ebenfalls vorn sind. Es scheint mit Lyon in Bezug die Diphtherie wie mit der Cholera zu 4) Die Epidemieen wüthen gewöhnlich in den 3 letzten Monaten des Jahres, nach langem Regen oder nach Westwinden und niedriger Temperatur. 5) Prädisponirt sind die armen Klassen, schwache lymphatische Konstitutionen. 6) Kinder unter 10 Jahren sind die zahlreichsten Opfer, doch werden in jeder Epidemie auch Erwachsene, selbst Greise nicht verschont. 7) Die Frauen leiden von der Diphtherie mehr als die Männer. Das Verhältniss zwischen beiden stellt sich wie 10:6. Ursache dessen ist vielleicht, dass Frauen überhaupt schwächer und häufiger lymphatisch sind, mehr im Hause des Kranken und bei dem Kranken sind, als die Männer, die durch ihren Beruf auswärts gezogen sind. Die Mütter kranker Kinder werden mehr als andere Personen angesteckt. 8) Bei der Epidemie von Bar kommen auf 833 kranke Kinder 66 Sterbefälle; in anderen auf eine Bevölkerung von 6203 Menschen 68; in anderen auf 569 Kranke 137. In den Spitälern von Paris auf 573 Kranke sogar 406 Todte. Briquet schliesst seinen Bericht mit der Behauptung, dass sich Diphtherie auch spontan entwickeln könne, sodann wohl durch Kontagion sich weiter fortpflanze, Ersteres bei gewissen atmosphärischen, klimatischen und anderen Einflüssen, wobei natürlich die Individualität der Kranken mit in Betracht kommt; dass am Ende einer Epidemie wohl das spezifische Kontagium nicht an Kraft verliere, sondern die Epidemie vielleicht nur aufhöre, weil die prädisponirenden Individuen nicht mehr vorhanden sind. Auch die Diphtherie sei eine parasitäre Krankheit und die Entwicklung der Pseudomembran durch Heranbildung eines Sporenkeimes erklärlich. (Allgem. mediz. Centralzeitg., 1877, 1. Aug.)

In der Sitzung der Berliner physiologischen Gesellschaft vom 13. Juli l. Js. sprach Dr. Ewald über die Veränderungen kleiner Gefässe bei den Nierenkrankheiten. Im Hinblicke auf die in England von Johnson beobachtete Hypertrophie der Muskularis kleiner Gefässe bei Morbus Brightii und die von Gull und Sutton aufgestellte Theorie der Arteriocapillary-fibrosis hat der Vortragende in den letzten Jahren die einschlägigen auf der med. Universitäts-Klinik zur Beobachtung gekommenen Fälle nach dieser Richtung hin untersucht. Als Materiale dienten die kleinen Arteriolen des Pons, welche frisch und mit Fuchsin oder Jod-

methylanilin gefärbt untersucht wurden. Eine Gefässdegeneration im Sinne von Gull und Sutton konnte der Vortragende nicht bestätigen und verweist zur etwaigen Erklärung der Befunde jener Herren auf die von Wedl, Obersteiner, Neelsen u. A. an Hirngefässen gemachten Erfahrungen. Dagegen liess sich eine einfache Hypertrophie der Muskularis und eine Verbreiterung der elastischen Innenhaut ohne nachweisbare Bildung junger oder neuer Elemente in fast allen Fällen chron. interstitieller Nephritis und einem grossen Theile der Fälle interstitieller und parenchymatöser Nephritis nachweisen. Die Hypertrophie wird ausgedrückt durch das Verhältniss des Lumens der Gefässe zu ihrer Wanddicke, ersteres = 1 gesetzt. Während dasselbe unter normalen Verhältnissen und bei anderen Krankheiten nicht über 1:02 — 0.3 hinausgeht, kann es in den besagten Fällen sich auf 1:0.8—1.2 steigern. Eine Veränderung der Adventitia findet hierbei nicht Statt. — Der Vortragende belegt das Gesagte durch eine Reihe von mit dem Zeichenprisma aufgenommenen Gefässbildungen und einer Tabelle, welche das Verhältniss von Gefäss- und Herzhypertrophie zum Nierengewichte und der Nierenaffektion zeigt. Bei Klappenfehlern, welche zu Hypertrophie des Herzens, selbst in Verbindung mit Stauungsnephritis, geführt hatten, bei reiner parenchymatöser Nephritis, bei amyloider Degeneration sowie bei den einseitigen Nierenerkrankungen wurde die besagte Gefässveränderung nicht gefunden. Bei sonstigen Krankheiten wurde sie ein Mal in einem Falle von Trichinose gesehen. Der Vortragende glaubt, dass die Gefässhypertrophie Folge der Herzhypertrophie und diese wiederum Folge der Nierenerkrankung sei, und weist die Ansichten, welche Herz-, Gefäss- und Nieren-Erkrankung als gemeinsame Ursache eines dritten Konstitutionsleidens auffassen, zurück. Seiner Meinung nach resultirt die Gefässhypertrophie aus dem Bestreben der kleinen Gefässe, dem übermässig gesteigerten Seitendrucke das Gleichgewicht zu halten. Letzteres aber ist Folge der Strömungsverlangsamung, die das mit Retentionsprodukten überladene Blut bei seinem Durchgange durch die Kapillaren des Körpers erfährt und die zu überwinden das Herz eine vermehrte Arbeitsleistung mit schliesslicher Hypertrophie eingeht. (Deutsche med. Wochenschrift, 1877, 28. Juli.)

In einer Mittheilung von Dr. Azam über „die Heilung grosser Wunden und der neuen Verbandmethode von Bordeaux“ liegt uns zum ersten Male eine grössere Statistik vor über die Heilung grosser Wunden, besonders Amputationen, unter dem in Bordeaux gebräuchlichen Verbande, schon auf dem Kongresse zu Lyon im Jahre 1873 (Gaz. hebd., p. 575, 1873) und in der Société de Chirurgie zu Paris (Gaz. hebd. p. 385, 1874) demonstrirt und besprochen worden war. Durch denselben wird nämlich eine sofortige Vereinigung der ganzen Wundfläche angestrebt. Seine 3 Hauptpunkte sind Einlegen einer dicken Drainageröhre zu möglichster Blutstillung in die Tiefe der Wunde, bei Amputationen hinter den Knochen und zwischen den zwei Lappenwinkeln, die an dem Gliede befestigt; Vereinigung der Lappen an ihrer Basis durch eine tiefe Naht mit doppeltem, sehr feinem Silberdrahte, der durch ein Stück einer Sonde zusammengedreht wird; diese Naht liegt 4—5 Cm. vom Lappenrande entfernt an 2—3 Stellen je nach der Dicke der Lappen; endlich genaue Vereinigung durch Nadeln und Achtertouren, unterstützt durch Charpie mit Kollodium aufgeklebt. Das Ganze wird mit Watte umhüllt mit Ausnahme der Stellen, an welchen die Drainage liegt, die mit Charpie zur Aufnahme des Sekretes bedeckt werden. Am 2. oder 3. Tage werden die Nadeln der Achtertouren herausgenommen und die tiefen Nähte gelockert. Der Verband selbst wird nur alle 3—4 Tage erneuert; Heilungsdauer 10—12 Tage. Azam sah eine Oberschenkelamputation in 10, eine Unterschenkelamputation in 11 Tagen heilen. Unter 202 Amputationen, 63 des Ober- und Unterschenkels, starben 12 und zwar 5 unter 30 Oberschenkel-, 3 unter 13 Unterschenkel-Amputationen und 4 unter den übrigen 139 Amputationen. (Bull. de l'Acad. de méd., Paris, 1877.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

35. *Erlangen*, am 1. September 1877.

chentlich
Bogen von
uartseiten.
jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Zur Empyembehandlung. Die subkutane Quecksilberbehandlung. Ueber Lymphgefässgeschwülste. Enuresis nocturna. Ueber Diphtherie. Bauchschnitt bei Intussusception. Verhältniss der Ovulation zur Menstruation. Neue Funktion der Leber. Resultate aus Versuchen über künstliche Tuberkulose. Das Herzhemmungssystem Neugeborener.

Auf Grundlage von 24 eigenen Beobacht-
n, von denen 21 im Rigshospital zu
tiania vorkamen, und 6 Beobachtungen
egischer Aerzte, plaidirt Edward Bull
Christiania für die operative Behand-
g des Empyems durch den Schnitt
nachfolgenden desinfizirenden
ktionen. Die Entleerung mittelst eines
ars hat zwar auch in Norwegen nach
eilungen verschiedener Fälle aus der
atpraxis norwegischer Aerzte einzelne
zur Heilung geführt; die eigenen Er-
ngen Bull's lassen indess diese Methode
in der Regel nur palliative wirkend er-
einen, so dass die Punktion wiederholt
den muss und man sich schliesslich ge-
igt sieht, unter weit ungünstigeren Chan-
, wie der inzwischen stark gesunkene
ftezustand der Patienten mit sich bringt,
Operation mittelst des Schnittes auszu-
ren. Die Gefahren der letzteren, nament-
soweit pyämische Erscheinungen in Frage
mmen, sind durch die Verbindung mit der
iseptischen Methode auf ein Minimum redu-
t. In Norwegen ist die Operation des
pyems nach der modernen Methode zuerst
Jahre 1871 von Tufte ausgeführt wor-
; die Erfahrungen, welche Bull über die
gliche Operation in den Kliniken von
inge und Larsen zu sammeln Gelegen-
t hatte, stammen aus dem Jahre 1874 und
ersten Hälfte des Jahres 1875, um welche
eine Art epidemischer Pleuritis in Chri-
ania herrschte. — Die bezüglichen Fälle von Empyemoperation, welche Bull ausführlich mittheilt und die ihn zu dem Schlusssatze führen, dass die Methode der Operation mittelst Schnittes und nachfolgender antiseptischer Einspritzung die korrekteste Behandlungsweise des Empyems darstelle, welche bei einfachem primärem Empyem von nicht zu langer Dauer und bei nicht allzustarkem Kräfteverfalle eine günstige Prognose zulasse, vertheilen sich auf 18 männliche und 12 weibliche Individuen in dem Alter von $3^1/_2$—50 Jahren, meist zwischen 20—30 Jahren. Auf die Prognose schien es ohne Einfluss, ob das Empyem rechtseitig oder linkseitig sei. Im Ganzen wurden 13 geheilt (7 M. u. 6 W.); von 3 war das Endresultat noch nicht bekannt, doch aller Wahrscheinlichkeit nach ein vollständig günstiger Ausgang zu erwarten. Bei 6 blieb eine Fistelöffnung zurück, die in einem Falle wahrscheinlich noch sich schliessen wird. Der Grund für das Offenbleiben war in 2 Fällen offenbar das Vorhandensein von Tuberkulose, in einem amyloide Entartung der Nieren, welche schon vor der Operation bestand, während sich in 2 Fällen in Folge der langwierigen Eiterung dieselbe Affektion einstellte. In 8 Fällen erfolgte der Tod und zwar einmal 2 Monate nach der Operation an chronischer Pneumonie und Perikarditis, ein anderes Mal nach 5 Wochen an Tuberkulose und Septikämie, in einem dritten nach 10 Tagen in Folge von Pyämie, welche durch von aussen nicht erreichbare Eiterkysten verursacht worden war, in einem vierten 9 Tage

nach der Operation an Meningitis tuberculosa und Zersetzung des in der Pleura enthaltenen Eiters. Von den Uebrigen starb ein Patient 6 Tage nach der Inzision in Folge doppelseitiger Pleuritis und Pneumonie, ein zweiter am Tage nach der Operation nach kurzer Dauer der Pleuritis; ein dritter, bei welchem das Empyem schon sehr lange Zeit bestand und bereits mehrere Punktionen gemacht worden waren, ging ebenfalls am Tage nach der Operation zu Grunde. — In Bezug auf das operative Verfahren und einzelne andere in den Beobachtungen Bull's vorkommende wichtige und interessante Punkte heben wir Folgendes hervor: Die an Empyem Leidenden dürfen nicht allzusehr auf die gesunde Seite gelegt werden, weil sich sonst leicht Erstickungserscheinungen einstellen. Desshalb und damit der Kranke später beim Liegen durch die Fisteln, Katheter u. s. w. nicht zu sehr beschwert werde, erscheint es zweckmässig, für gewöhnlich die Axillarlinie als Operationsstelle zu benützen, und zwar im fünften oder sechsten Interkostalraum, nicht niedriger, weil sonst später das Diaphragma den Ausfluss stören könnte. Vor der Operation ist eine Explorativpunktion mittelst der Pravaz'schen Spritze anzurathen, nicht allein, um sich zu überzeugen, dass überhaupt Eiter vorhanden ist, sondern auch um den Beweis zu erhalten, dass sich an der Operationsstelle Eiter befindet. Der Verf. redet hier aus eigener Erfahrung, da es ihm zwei Male bei Nichtberücksichtigung dieser Regel vorgekommen ist, dass nach der Operation in Folge von Verwachsung der Pleurablätter kein Eiter sich zeigte. Die aus den Gefässen der Haut stammenden Blutungen müssen sorgfältig gestillt werden, ehe man den Verband anlegt. Unmittelbar nach der Operation reinigt man die Brusthöhle mit einer Karbolsäurelösung und wiederholt dann dieses Verfahren täglich zwei Mal. Man bedient sich dabei gewöhnlich einer halbprozentigen Lösung, in Fällen, wo die Sekretion putrid ist, einer einprozentigen. Zur Offenhaltung der Wunde legt man einen elastischen Katheter ein; die Aussenfläche der Wunde bedeckt man mit Werg. Man erkennt, wenn die Reinigung nicht mit der nöthigsten Sorgfalt gemacht ist, dies sofort an einer Zunahme der Temperatur. Unmittelbar nach der Operation sinkt in manchen Fällen die Eigenwärme zur Norm und der Patient bleibt fieberfrei; in anderen geschieht das Sinken mehr allmählig. Bleibt die Temperatur hoch, so beruht dies darauf, dass mehrere abgesackte eiterige Exsudate in Pleura sich finden, zu deren Eröffnung dann zu schreiten hat. Bei doppelseitig Empyem ist die am meisten affizirte S zuerst zu operiren und die andere so la wie möglich intakt zu lassen; in dringen Fällen muss man nicht per incisionem riren, um nicht beide Lungen gleichze ausser Funktion zu setzen, sondern per pu tionem, bis die erste Lunge ihre Funk erfüllen kann. Die Zeit bis zur Vernarb der Fistel variirte in Bull's Fällen vo bis $15\frac{1}{2}$ Monate, worauf das Alter, die K stitution und andere Umstände Einfluss h ten. — Mehrmals beobachtete Bull währ der Injektion in die Brusthöhle Hustenanf und Expektoration von nach Karbolsäure chendem Schleime; auch gaben die Kran an, einen Nachgeschmack von Karbolsä im Halse wahrzunehmen. Es ist dies durch eine Kommunikation der Lunge Pleura zu erklären, die übrigens ohne E fluss auf die Heilung bleibt. (Deutsche me Wochenschrift, 1877, 4. Aug.)

Ueber die subkutane Quecksilbe behandlung sprach Dr. Emil Stern der schlesischen Gesellschaft für vaterländisch Kultur, Sitzung vom 8. Juni l. Js. Red hat sich mit dem Apotheker Müller in Br lau bemüht, eine lösliche Quecksilberverbin ung zu finden, die nicht reizend wirke, u als solche das Quecksilberchlorid Chlornatrium erkannt. Wie nämlich Pr Dr. Voit zu München ermittelt hat, lös Kochsalzlösungen die meisten Quecksilbe Verbindungen, sowie fein vertheiltes regulin sches Quecksilber auf unter Bildung v Quecksilberchlorid-Chlornatrium. Die wässeri Lösung dieser Verbindung reagire nicht me sauer, wie Sublimatlösung, sondern neutra und jene Doppelverbindung bilde sich jede Mal bei Einfuhr gleichviel welches der g bräuchlichen Quecksilberpräparate in den O ganismus. Endprodukt bei Quecksilbereinfuh sei aber, nach Müller, nicht ein Quecks silber-Oxyd oder -Oxydul-Albuminat (Voit Overbeck), sondern das genannte Quecks silber-Doppelsalz mit überschüssigem Chlor natrium zirkulire als solches, frei von Eiweiss im Körper und werde auch frei von Eiweiss wieder ausgeschieden. Daher sei es rationell, nur diese Verbindung intern oder subkutan einzuverleiben, um so mehr, als sie fi-

ss nicht fällt und daher schon desshalb
l weniger reizend wirke, als der Sublimat
sich. Auch bedinge die Zufuhr von Chlor-
rium, als ein im Organismus sehr verbrei-
r Körper, in genügender Verdünnung keine
swirkung. Zufuhr von Chloralkalien be-
kte stets eine gesteigerte Wirkung einver-
ter Quecksilberpräparate; so sei die er-
hte Wirksamkeit von Kalomel bei kochsalz-
cher Nahrung sowie die Unterstützung der
mierkur durch vermehrtes Schwitzen zu
klären. Wie die Erfahrung lehrt, wirken
kutane Injektionen von Sublimatlösungen
dem zehnfachen Zusatze von Kochsalz
gleich weniger reizend als reine Sublimat-
ungen derselben Konzentration und hinter-
nen auch nur selten entzündliche Härten,
hrend bei geeigneter Wahl der Stichstelle
zesse und Gangränescenz der Haut sicher
vermeiden sind. Die Flüssigkeit soll lang-
n eingespritzt werden; 0,008—0,010 Subli-
t mit der zehnfachen Menge Chlornatrium
2 Grm. Wasser gelöst pro dosi, täglich 1
2 Injektionen. Als Folgen schneller Queck-
berwirkung treten sehr bald die Zeichen
innender merkurieller Stomatitis ein, die
och stets in bescheidenen Gränzen sich
ten und niemals eine Unterbrechung der
r nothwendig machen. Sonst seien nennens-
rthe üble Zufälle bei dieser Methode nicht
bachtet worden, die eine ambulatorische
handlung zulässt und den Kranken wenig
schränkung auferlegt. In tabellarischer
bersicht wurden die Heilresultate dieses
rfahrens an einer Reihe von Kranken des
erheiligen-Spitals, an dem der Vortragende
ner Zeit als Assistenzarzt fungirt hatte, er-
tert. Bei subkutaner Anwendung des Queck-
berchlorid-Chlornatriums mit einem Ueber-
husse von Chlornatrium waren bei allen be-
achteten Formen sekundärer Lues kaum die
älfte der Zeit und ein ungleich geringeres
uantum von Quecksilber zur Heilung erfor-
rlich, als bei anderen Heilverfahren. Reci-
ve blieben bei der Injektionskur nicht aus,
och hatten sie stets einen regressiven Cha-
akter. Unzweifelhafte Vorzüge dieser Methode
ien also folgende: 1) sie beseitigt die Sym-
tome der sekundären Lues in relativ kurzer
eit und ist daher besonders da am Platze,
o Gefahr im Verzuge ist, 2) sie macht auf-
llend kleine Quecksilbergaben nothwendig,
3) macht sehr geringe lokale Reizwirkungen,
4) greift den Organismus nur sehr wenig an,
5) verursacht nur sehr geringe Grade von
Stomatitis, 6) die Methode zeichnet sich durch Sauberkeit aus und macht einen Gehilfen entbehrlich, und 7) stört die Patienten sehr wenig in der gewohnten Lebensweise. Daher dürfte sie auch vielleicht bei anderen Krankheiten, namentlich bei Entzündung der tieferen Augengebilde und der serösen Häute, mit Vortheil versucht werden.

Die bisher noch spärliche Kasuistik der Lymphgefässgeschwülste vermehrt G. Waegner um 7 weitere Beobachtungen, in welchen sehr sorgfältige mikroskopische Untersuchungen vorgenommen wurden; dazu kommt eine Nachuntersuchung der 5 von H. Maas (Langenbeck's Archiv, XIII) beschriebenen Fälle von Makroglossie, durch welche Verfasser sich veranlasst sieht, auch diese Krankheit in den bei weitem meisten Fällen als Lymphangiom anzusprechen. Auf Grund dieses Materials theilt Verf. die Lymphangiome ein in einfache, kavernöse und kystoide Formen. 1) Unter einfachem Lymphangiom versteht er eine Geschwulst, zusammengesetzt aus Lymphräumen und Lymphgefässen, kapillaren und grösseren Kalibers, welche in der Regel zu einem anastomosirenden Netzwerke zusammengesetzt sind. Diese Räume sind entweder mit einem flüssigen Inhalte erfüllt, welcher bei nicht sehr vorsichtigen Manipulationen ausfliesst, oder es finden sich wahre Lymphthromben von etwas glasiger Beschaffenheit. In letzterer findet eine, wie es scheint, den Lymphthromben eigenthümliche Art der sekundären Degeneration Statt, bei welcher der ganze Thrombus sich in eine dicke, flüssige, farblose, wachsartig glänzende Substanz auflöst — ein Vorgang, der noch am meisten an die gallertige Umwandlung des Schilddrüsengewebes erinnert. Die einfachen Lymphangiome charakterisiren sich als Ektasie mit Hyperplasie schon vorhandener Lymphbahnen. Dahin gehören, wenigstens zum grossen Theile, die Makroglossie und Makrochilie. — 2) Das kavernöse Lymphangiom besteht aus einem Balkenwerke von Bindegewebe mit grösstentheils makroskopisch sichtbaren, mannigfach gestalteten und vielfach mit einander kommunizirenden Hohlräumen mit Lymphe als Inhalt. Die vom Verf. beobachteten Lymphangiome sassen an der Brustwarze, in der Regio supraclavicularis, an der Stirne und in der Regio infraspinata. — 3) Das kystoide Lymphangiom bildet ein Konvolut von sackig und kystoid

erweiterten Lymphgefässen, dessen einzelne Kysten ihren Zusammenhang mit dem Gefässlumen entweder ganz einbüssen, oder es bleiben doch nur sehr enge Kommunikationen übrig. Dahin gehören unter anderen die angeborenen Kystenhygrome des Halses. — Diese drei Formen sind übrigens nicht scharf getrennt, sondern es finden sich alle möglichen Uebergänge. — Die Lymphangiome kommen entweder angeboren (Makroglossie, Hygroma colli etc.) oder erworben vor und können letztere noch im späteren Lebensalter zur Entwicklung kommen. Ihre Aetiologie ist unbekannt. Sie entstehen fast ausschliesslich im subkutanen Fettgewebe und in dem tiefen Fettbindegewebe in der Umgebung der grossen Gefässe sowie im submukösen Gewebe und wachsen entweder diffus oder als scharf abgegränzte Geschwülste. Diagnostisch wird man häufig erst bei Anwendung des Explorativtrokars zu einer sicheren Anschauung kommen. Unter den therapeutischen Eingriffen empfiehlt sich am meisten die Exstirpation, welche, auch wenn sie partiell ist, gewöhnlich zur Heilung führt. (v. Langenbeck's Archiv, Bd. XX.)

Der berühmte Neuropathologe Hammond führt die meisten Fälle von Enuresis nocturna auf epileptische und choreatische Basis zurück, wobei die Symptome dieser Krankheiten häufig nur fragmentarisch, durch Zähneknirschen, leichte Muskelzuckungen, Verdrehen der Augen, Stupor, Wimmern und nächtliches Aufschreien vertreten sein können; es kommt oft vor, dass die Zeichen der Epilepsie oder der Chorea schwinden, die Enurese aber bleibt. Sie besteht nach Verf. in einem sehr reizbaren Zustande des Sphincter vesicae und in einem Missverhältnisse zwischen den beiden Funktionen des Rückenmarkes, den Sphinkter zu erschlaffen und zu kontrahiren; die Behandlung der Enurese muss desshalb ihren Angriffspunkt im Rückenmarke haben. Hammond schlägt hiezu folgende Behandlungsmethode vor: Bei Kindern: 1) Entleerungen der Blase vor dem Schlafengehen und 2—3 Mal im Laufe der Nacht. 2) Vermeidung der Rückenlage. 3) Interne Darreichung mehrere Monate lang von Rp. Zinci bromati 15,0, Extr. Secalis cornuti fluid. 15,0, M. f. solutio D. S. 3 Mal täglich zu 10 Tropfen, jeden Monat um 5 Tropfen zu steigern und gleich nach der Mahlzeit zu geben. 4) Bei Intoleranz gegen das Bromzink wird dasselbe durch Bromeisen ersetzt. (Rp. Ferri bromati 3 Syr. simpl. 15,0), ½ Theelöffel täglich, mählig auf 1—1½ Theelöffel gesteigert; d wird das flüssige Mutterkornextrakt besond zu 10 Tropfen gegeben. Bei Erwachsen 5) Bromzink oder Eisen werden durch entsprechenden Präparate von Kalium, trium oder Calcium ersetzt und brauc dieselben nicht gesteigert zu werden; 4,0 Salzes auf 15,0 Extr. Secal. cornut. flu 3 Mal täglich 1 Theelöffel voll. In schweren Fällen applizirt Hammond Vesicans oder selbst ein Cauterium act auf die Lumbodorsalregion. Die auf centr und hysterischer Basis beruhende Enuresis paralysi vesicae urinariae erfordert die wendung der Belladonna-Präparate. (Canadian Journal of medical science, 1 Januar.)

Die Ansicht, dass die Diphtherie, w sie nicht durch persönliche Ansteckung folgt, zumeist von ungesunden ö lichen Verhältnissen abhängt, hat s bereits allgemein Bahn gebrochen. Die Kra heit entwickelt sich dann in der Nähe faulem stagnirendem Wasser, bei fehlerhaft Drainröhren, wodurch der Erdboden mit fa len Stoffen gesättigt wird, oder bei billig schadhaft gewordenen Bleiröhren, welche Eindringen von schädlichen Dunggrubenga in die Schlaf- und Wohnräume zulass Nach den Erfahrungen während einer Epid mie, welche Dr. Edson zu Brooklyn Folge solcher örtlichen Veranlassung bea achtet hat, glaubt derselbe, die Gefahr ein Ausbruches von Diphtherie stets da befürc ten zu müssen, woselbst nicht in den Ha haltungen darauf geachtet wird, dass die dur schädliche Ausdünstungen von faulenden St fen und Entleerungsgasen entstandenen Unz träglichkeiten ferngehalten werden. Oft bleib die Entstehungsursachen dunkel und sei daher die Pflicht der Aerzte, alle solche Ein zelheiten zu veröffentlichen, in welchen nach Entfernung der schädlichen Ursachen ein Ver schwinden der Epidemie eingetreten, der Zus sammenhang zwischen Wirkung und Ursach erkannt ist. — Edson, Arzt an einer Anstal für verwahrloste Kinder in New-York, in wel cher über 100 Kinder in einem Alter von 2—12 Jahren Aufnahme gefunden, behandelte in dem kurzem Zeitraume von Ende Dezember

bis Anfang Januar 1877 12 Kinder an
theric, von welchen 3 starben. Wenn
die verlassenen Kinder von schwäch-
Konstitution und, wie die Verhältnisse
dingten, von schlechter Ernährung waren
die Waisen Disposition zu Krankheiten
ssen, an welchen ihre Aeltern gestorben
n, so befanden sie sich andererseits in
hen Räumlichkeiten, auf deren Herstell-
keine Kosten in Bezug auf Reinlichkeit
Comfort gespart worden waren. Es
te daher sehr befremden, als Ende De-
ber 1876 ein Fall von Diphtherie sich
te, dem dann mehrere andere folgten.
Gebäude wurde auf seine sanitären Ver-
nisse untersucht, jedoch konnten weder
Baumeister noch auch die Röhrenleger
nd etwas Schadhaftes auffinden. Jedes
rankte Kind fand, aus dem Schlafsaale
fernt, im Spitale des Gebäudes Aufnahme.
waren unter den Kindern dieses „Heim"
jenigen im Alter von 2—5 Jahren befind-
en erkrankt, welche den ersten Stock be-
nten. Dieser bestand aus drei Zimmern,
che — neben einander liegend — durch
te, stets offenstehende Doppelthüren von
nder getrennt waren. Während des Tages
ten sich die Kinder in diesen Zimmern
, während zwei davon des Nachts als
lafzimmer dienten. Diese Räume waren
27 Kinder bestimmt. Eingehendere Nach-
hungen ergaben, dass die Krankheit sich
auf Kinder beschränkte, welche in einem
lafsaale untergebracht waren, und es wurde
er mit Sorgfalt den schädlichen sanitären
rhältnissen daselbst nachgespürt. Da fand
, dass an der Wand dieses Zimmers ein
ungsrohr des Klosets durchgeführt war,
ches von den oberen Stockwerken kam,
d dass daran eine schadhafte Stelle sich
fand, aus welcher Dunggase ausströmten.
chdem das Rohr anderweitig verlegt und
Stück desselben durch das Dach nach
sen in die freie Luft geführt worden war,
rte die Epidemie sofort auf. Am 6. Januar
r diese Veränderung vorgenommen und am
erkrankte das letzte Kind, welches bereits
Gift einige Zeit vorher aufgenommen
ben musste. — Während in der Zeit der
pidemie 3—4 neue Fälle allwöchentlich vor-
men, ereignete sich von da ab kein einziger
ll von Diphtherie mehr, so dass mit Zu-
rscht angenommen werden muss, es sei
t Entfernung der schädlichen Ursache, der
sdünstung der krankmachenden Gase aus
n Klosetröhren, auch die Wirkung der-
selben, die Entstehung der Diphtherie, ausgeblieben. — Was die in neuester Zeit angeregte Frage über die Differentialdiagnose zwischen Krup und Diphtherie betrifft, so hält Edson den Krup für eine idiopathische Krankheit, welche mit Diphtherie mit Rücksicht auf deren Entstehungsursache gar keine Beziehung hat. — Von den an der Krankheit verstorbenen Kindern litten zwei vom Beginne an an Halsdiphtherie und ging dann die Krankheit auf den Larynx über; das dritte war an pseudomembranöser Laryngitis erkrankt ohne Erscheinungen an dem Pharynx. Alle anderen Fälle waren ausgesprochene Fälle von Diphtherie, wenn auch bei einzelnen die Kehlkopferscheinungen vorwiegend waren, so dass man geneigt gewesen wäre, sie für Krup zu halten, wenn nicht die Entstehungsursache für alle Fälle auf Diphtherie hingewiesen hätte. Sieht man auch bisweilen die diphtherischen Plaques im Schlundkopfe nicht, so mögen sie im Larynx vorhanden sein und den Anschein bieten, als ob man es mit Krup oder Laryngitis zu thun hätte. Beide Krankheiten müssen daher als verschiedenartige betrachtet werden: die eine, die Diphtherie, durch ein Kloakengas entstehend, während Krup oder Bräune durch andere Verhältnisse, meist Erkältung, bedingt werden. Erst wenn noch mehrere dergleichen exakte Beobachtungen, wie die des Verfassers, Licht über die Differentialdiagnose dieser beiden Krankheiten gebracht haben werden, wird ein sicheres entscheidendes Urtheil darüber abgegeben werden können. (Allgem. mediz. Centralzeitung, 1877, 9. August.)

Im New-York med. Journal, 1877, 6, veröffentlicht Dr. H. B. Sands nachstehenden Fall von Laparotomie bei Intussusception. Ein Mädchen von 6 Monaten war plötzlich von schmerzhaftem Tenesmus befallen worden, bald stellte sich auch Erbrechen ein und aus dem After ging öfter unter heftigem Drängen blutiger Schleim ab. Als Verf. das kollabirende Kind untersuchte, fühlte er in der linken Iliakalgegend eine längliche Geschwulst, über welcher der Perkussionsschall leer war. Mit dem in das Rektum eingeführten Finger konnte er das Ende eines invaginirten Darmstückes erreichen. Es wurden wiederholte Reduktionsversuche mit Massenklystiren und Lufteinblasungen gemacht, endlich war die Geschwulst in der linken Iliakal-

gegend verschwunden, doch schwanden die Erscheinungen der Undurchgängigkeit des Darmes nicht, vielmehr kollabirte das Kind immer mehr. Da noch eine kleine Geschwulst in der Nabelgegend tastbar war, so entschloss sich Sands zur Laparotomie, welche etwa 16 Stunden nach Beginn der Krankheitserscheinungen vorgenommen wurde. Es wurde vom Nabel nach abwärts ein zwei Zoll langer Einschnitt gemacht; mit zwei Fingern, welche Sands durch die Wunde einführte, wodurch dieselbe ausgefüllt und ein Darmvorfall verhindert wurde, fühlte er nach einigem Suchen eine Geschwulst in der rechten Darmbeingrube. Dieselbe wurde unter gleichzeitigem Austreten von Dünndarmschlingen durch die Bauchwunde hervorgezogen und es zeigte sich nun, dass das Coecum sammt dem untersten Theile des Ileum in das Colon ascendens invaginirt war. Durch vorsichtiges Ziehen am Kolon und am Ileum wurde die Invagination allmählig gelöst. Der invaginirte Darm war geschwollen, dunkelgefärbt, von Ekchymosen durchsetzt, in seiner Umgebung war noch keine Entzündung vorhanden. Nach Vollendung der Reduktion und nach Reposition der vorgefallenen Darmschlingen wurde die Wunde mit Drahtnähten geschlossen. Schmerz, Erbrechen, Tenesmus und Abgang blutigen Schleimes hörten sogleich auf, Stuhlentleerung erfolgte erst am zweiten Tage, das Kind war bald wieder vollständig hergestellt. — Schliesslich stellt Sands 20 Fälle von Intussusception zusammen, bei welchen die Laparotomie gemacht wurde; unter diesen betraf die Invagination 1 Mal den Dünndarm (geheilt), 14 Male den Dickdarm (4 geheilt, 10 gestorben), 5 Male war die Stelle nicht bezeichnet (2 geheilt, 3 gestorben). Von 12 Kindern, welche nicht über zwei Jahre alt waren, wurden 3 gerettet, von 7, die über 16 Jahre zählten, genasen 4. Von 7 Fällen, in welchen die Reduktion leicht war, starben nur 2, von 12 Fällen, in welchen die Reduktion schwierig oder unmöglich war, starben 10; unter den ersteren waren 3 Kinder mit einem Todesfalle, unter den letzteren 9 Kindern mit 8 Todesfällen. — Verf. erklärt nach diesen Erfolgen die Laparotomie wegen Intussusception bei Kindern für eine Operation, welche öfter versucht zu werden verdient, da ihre Erfolge nicht ungünstig, Spontanheilungen bei Kindern aber nur ausnahmweise zu erwarten sind; bei akuter Einklemmung muss man die Operation bald, wo möglich innerhalb der ersten 24 Stunden, vornehmen. In chronisch verlaufenden Fällen dürften oft bedeutendere Reduktionsschwierigkeiten zu überwinden sein; in solchen Fällen wird man natürlich erst die üblichen Mittel durchprobiren, ehe man sich zur Operation entschliesst. —

Im Archive f. Gynäkologie, Bd. XI, liefert G. Leopold einen Beitrag zur Lösung der neuerdings angeregten Frage nach dem Verhältnisse der Ovulation zur Menstruation auf Grund genau untersuchter Präparate bei welchen gleichzeitig von Seiten der Anatomie die genügende Sicherheit vorhanden war in Betreff des Eintrittes der letzten Menstruation. Er hat sechs Fälle selbst untersucht die diesen Anforderungen entsprachen; zum Theile waren es die Genitalien von zur Zeit des Todes menstruirten, zum Theile von zur Zeit nicht menstruirten Frauen; ausserdem hat er die Fälle aus der Literatur mit grossem Fleisse gesammelt und den Tagen nach eingereiht. Besonders interessant ist sein erster Fall, in welchem der Tod am ersten Tage der Menstruation erfolgte; hier fand sich im Ovarium ein in der Rückbildung begriffener Follikel, seine Innenwand war mit Blut bedeckt, daneben lag ein noch ziemlich prall gefüllter. Sein letzter Fall ist vom zweiten Tage vor Eintritt der neuen Menstruation; auch hier war ein eben geplatzter Follikel nachweislich; an der einen Stelle fand sich eine runde, $^3/_4$ Mm. weite Oeffnung, die in eine zusammengefallene, 2 Cm. lange Höhle führte, in welcher nur eine Spur von Blut vorhanden war. — Aus den Resultaten betreffs der Gebärmutterschleimhaut verdient hervorgehoben zu werden, dass normaler Weise, wie bekannt, dieselbe direkt an die Muskulargränze und dass sie während der Menstruation zu einer Höhe von 2—3 Mm. anschwellt bis auf 6—7 Mm. Die innere Oberfläche faltet sich, an der Gränze der Muskulatur senken sich die Zellplatten in die Einbuchtungen der Schleimhaut ein und hier sind auch die meisten Wachsthumsvorgänge zu konstatiren. Die Zellplatten vermehren sich, die Schleimhaut wird ödematös durchfeuchtet und die Drüsen nehmen beträchtlich an Länge zu. Die Blutung bei der Menstruation ist nicht bedingt durch Verfettung der oberflächlichen Epitelien, welche Verfasser nie fand, sondern es handelt sich um eine in Folge der ovariellen Verhältnisse akut eintretende oberflächliche Kapillarhyperämie, die dicht unter die

ächlichsten Schichten des Epitels zum
itte von weissen und rothen Blutkörper-
führt, und nur dieses alleroberflächlichste
l wird nach Verf. abgestossen. Die Ka-
hyperämie gerade in den oberflächlichsten
chten erklärt er durch die von ihm nach-
esene eigenthümliche Anordnung der Blut-
se. Die Regeneration kann somit sehr
ell, nach Verfassers Fällen in einem
, statthaben. — In Betreff der Ovulation
Leopold fest, dass nach seinen Fällen
dings von einer Periode zur anderen sich
eborstener Follikel zurückbildet und un-
ssen vor der neuen Blutung ein neuer
ächst und endlich aufbricht, aber er hebt
or, dass das Material noch zu klein sei,
llgemeine Schlüsse zu erlauben, und dass
eine nicht menstruelle Ovulation nicht
lut auszuschliessen sei. —

e schon früher Schiff, so beobachtete
neuerdings Lauterbach („On a new
ction of the liver", Philad. med.
s, 1877, VII, p. 387) bei Thieren nach
rbindung der Pfortader einen Zustand
Betäubung, der schnell in Tod überging.
Erklärung dieser Erscheinung nimmt er
dass jedes Thier ein Gift enthält, welches
r normalen Umständen, wenn es nicht,
bei den Schlangen, in ein besonderes Re-
oir abgesondert wird, durch die Leber
tört wird. Wenn diese Zerstörung durch
rbindung der Pfortader gehindert wird,
häuft sich das Gift so lange an, bis das
r durch Selbstvergiftung zu Grunde geht.
den von einem so getödteten Hunde 2 bis
c. venöses Blut einem Frosche in den
mphsack injizirt, so stirbt das Thier unter
lichen Erscheinungen wie der Hund in
igen Stunden, während Blut von normalen
nden diese Wirkung nicht hat. Eine ähn-
e Wirkung wie auf das fragliche thierische
hat die Leber auf Nikotin, Hyoscyamin
Coniin. Werden diese Gifte in einen
rtaderzweig injizirt, so bewirkt selbst eine
pelt so grosse als sonst letale Dose nur
inge Symptome, während bei unterbundener
rtader oder bei leberlosen Fröschen eine
allend geringe Giftmenge schon tödtlich
kt. Dass nicht etwa die verhinderte Aus-
heidung des Giftes in die Galle hierbei eine
lle spielt, folgt daraus, dass Unterbindung
r Gallengefässe die Wirkung jener Gifte
cht beeinflusst. Werden mehrere Tropfen Nikotin einige Stunden mit einer frischen Hunde- oder Kaninchenleber macerirt, so hat der nun ausgepresste Saft nur geringe Wirkung, wenn er einem Hunde eingespritzt wird, obwohl er mehrmals die Nikotinmenge enthält, welche an sich tödtlich ist. Eine Maceration mit Nierensubstanz hat diesen Erfolg nicht. Der grösste Theil dieser Versuche ist im Laboratorium von Schiff vorgenommen worden. —

In der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur, Sitzung v. 13. Juli d. Js., berichtete Prof. Dr. Cohnheim über Versuche, welche er in Gemeinschaft mit Dr. Salomonsen aus Kopenhagen über künstliche Tuberkulose angestellt hat. Da in den früheren Experimenten es zweifelhaft geblieben war, ein wie grosser Antheil an der Erzeugung der artifiziellen Tuberkulose der Kaninchen und Meerschweinchen der abszedirenden Entzündung mit Eitereindickung zuzuschreiben sei, welche der Inokulation tuberkulösen Materiales so regelmässig zu folgen pflegt, so wählten die Vortragenden als Versuchsfeld die vordere Kammer des Auges. Wenn sie Kaninchen mittelst eines Linearschnittes kleine Partikel tuberkulöser Substanz in die vordere Kammer brachten, so entstand lediglich eine geringe, durch Atropineinträufelungen leicht zu beherrschende Kerato-Iritis, soferne vermieden war, dass in dem Impfmateriale sich bereits faulige Zersetzung eingestellt hatte. Die Augen wurden in wenigen Tagen wieder vollkommen klar und blieben so mehrere Wochen hindurch bei völlig ungetrübtem Allgemeinbefinden des Versuchsthieres; die eingebrachten Stücke wurden inzwischen immer kleiner, so dass öfters nur minimale Reste davon übrig blieben. Plötzlich erschienen eines Tages im Gewebe der Iris ein oder einige, kaum mit unbewaffnetem Auge, dagegen mittelst der Lupe sehr deutlich erkennbare hellgraue Knötchen, welche nun im Laufe der nächsten Tage an Grösse zunahmen, dabei im Centrum weiss wurden und dann sehr evident durch die Iris prominirten; zugleich wuchs ihre Zahl mit jedem Tage, so dass in einzelnen Augen 30—40 Knötchen und mehr gezählt wurden. Inzwischen schwoll die Iris selbst beträchtlich an und wurde intensiv geröthet. In diesem Zustande hielten sich die Augen eine Weile; dann gab es zuerst Hypopyon, es entwickelte sich eine

vaskulöse Keratitis mit Keratomalazie, Keratokonus und Keratoglobus, bis nach Ablauf von etwa 4 Wochen nach der ersten Knötcheneruption die Hornhaut durch einen dichten Pannus ganz undurchsichtig geworden war. Gegenüber diesem gewöhnlichen Verlaufe geschah es einige Male, dass eine schwere Iritis das Erste war, was nach Ablauf der Latenzperiode zur Beobachtung kam; erst in der entzündeten Regenbogenhaut entstanden etliche Tage später die charakteristischen Knötchen. Der häufigste Termin des Ausbruches der geschilderten Störungen war der Anfang der vierten Woche nach der Inokulation; bei einzelnen Thieren stieg die Latenzperiode indess bis zum 30. Tage. Bei Meerschweinchen erwies sie sich erheblich kürzer; schon Anfangs der dritten Woche stellte sich hier die Eruption der Knötchen und Iritis nebst Keratitis ein. — Bei Benützung geeigneten wirksamen Materiales misslangen die Versuche nur äusserst selten, nur einmal z. B. auf dem einen Auge eines Kaninchens, bei welchem auf dem anderen die reichlichste Knötcheneruption stattfand. Wirksam erwiesen sich graue und käsige Knoten aus akuter und chronischer menschlicher Miliartuberkulose, käsige Partikelchen aus menschlichen skrophulösen exstirpirten Halsdrüsen, Knötchen von Impftuberkulose der Meerschweinchen und Kaninchen; dagegen waren unwirksam verkäste Krebsknoten, knötchenfreie Muskelstücke von einem tuberkulösen Meerschweinchen, einfaches Lymphom und — soweit sich bisher urtheilen lässt — lokale (Gelenk-) Tuberkulose. Die mikroskopiscke Untersuchung der Knötchen ergab durchaus denselben Befund, wie ihn Miliartuberkel jungen Datums beim Menschen gewöhnlich darzubieten pflegen. Eine über das Auge hinausgreifende, vollends allgemeine Infektion der Versuchsthiere wurde bisher nicht beobachtet, auch nicht nach Impfung mit demselben Materiale, welches bei Meerschweinchen und Kaninchen von der Bauchhöhle aus eine sehr verbreitete Tuberkulose erzeugte. — Aus diesen Versuchen scheint sich schon jetzt mit voller Sicherheit zu ergeben: 1) dass die Impftuberkulose sich durchaus unabhängig von einer traumatischen Entzündung entwickelt; und 2) dass die Impftuberkulose ein Inkubationsstadium hat, welches beispielsweise beim Kaninchen etwas länger als drei Wochen dauert. (Allg. m Centralztg., 1877, Nr. 65.)

Bei erwachsenen Hunden konnte Simo durch elektrische Reizung der vorderen H lappen (und zwar schon ganz oberfläch gelegener Theile) eine Reflexdepression vorbringen. Dasselbe konnte O. Soltm bei neugeborenen Hunden nie bewirken. D direkte Reizung sensibler Nerven werden ner beim erwachsenen Thiere gewisse re hemmende Verrichtungen im Rückenmarke regt: solche sind nach den Versuchen Verf. bei Neugeborenen nie vorhan Durch diese Thatsachen kam derselbe auf Idee, zu untersuchen, ob bei neugebo nen Thieren nicht auch das He hemmungssystem weniger ausge det, resp. noch nicht vorhanden sei, Gegensatze zu dem Verhalten Erwachse In der That waren nun bei elektrischer R ung der Vagi Neugeborener unverhält mässig viel stärkere Ströme nöthig, um Verlangsamung der Herzaktion zu bewi als bei Erwachsenen (bei Reizung des rec Vagus gelang es früher als beim linken); gelang es überhaupt nicht, wenigstens n beim ganzen Herzen. Die Vagusdurchschn ung beim Neugeborenen liess an und für keine Veränderung des Herzschlages w nehmen. Aus diesen Thatsachen erklärt nach Soltmann die beim Neugeborenen grosse Pulsfrequenz, ausserdem die oft in mittirende und unregelmässige Herzaktion, als Ausdruck des physiologischen Kam der noch nicht regulirten Wechselwirk zwischen den erregenden und hemmen Kräften anzusehen ist, daraus auch die zu beobachtende Unregelmässigkeit der R spiration, die nur selten zu konstatiren Pulsverlangsamung bei der Gelbsucht Säuglinge gegenüber dem Verhalten Erwa sener, daraus endlich die vom Anfange zum Ende zu beobachtende Unregelmäss keit und Beschleunigung des Pulses bei M ningitis im ersten Lebensalter, im Gege satze zu den deutlicher zu unterscheidend Stadien des Pulsverhaltens bei Meningitis späteren Lebensjahren. Das Herzhemmung Nervensystem ist also bei Neugeborenen noc nicht so ausgebildet wie späterhin. (Jahrbu f. Kinderheilkunde, XI, 1.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

36. *Erlangen*, am 8. September 1877.

...ntlich
...gen von
...tseiten.
...jährlich
... Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Thrombose und Transfusion, Eiter- und septische Infektion und deren Beziehung zum Fibrinferment. Zur Behandlung der Nasenerkrankungen. Syphilisübertragung durch Konzeption. Die Salicyl-Borax-Lösung bei der antiseptischen Wundbehandlung. Ueber Lungengangrän. Stroh als Träger des Infektionsstoffes der Masern. Der Sauerstoff ein Verbrennungs-, kein einfaches Zerfallsprodukt. Zur Ozonwirkung. Ueber Epitelkrebs der Lippen- und Gesichtshaut. Neue Methode zur Beseitigung der Gefahr der Infektion und der Metritis bei Anwendung des Pressschwammes.

...n einer Inaug.-Diss. (Dorpat, 1877) be-
...elt Armin Köhler die Thrombose
Transfusion, Eiter- und septische
...ktion und deren Beziehung zum
...rinferment. Durch Fermentlösungen,
...n der gewöhnlichen Weise mit Anwend-
... von Alkohol etc. hergestellt wurden,
...n sich schädliche Wirkungen nicht er-
..., wahrscheinlich wohl, weil es nicht
...lich war, das Ferment ohne bedeutende
...chwächung seiner Wirksamkeit auf diese
...se zu erhalten. Hingegen traten sehr
...gische gerinnungserregende Wirkungen
..., wenn das Fibrinferment in seiner wirk-
...sten Form und in Verbindung mit der
...moplastischen Substanz Thieren in die
...tgefässe eingespritzt wurde. Man erhält
... so beschaffene Lösung dieser beiden
...fe durch Auspressen spontan geronnenen
...tes, während das geschlagene Blut das
...ment nur in einer sehr abgeschwächten
...m enthält. Mochte man nun ungleich-
...iges oder gleichartiges Blut anwenden, so
...nte man in vielen Fällen noch während
... Operation die Bildung grosser Thromben
... dem rechten Vorhofe, in den Lungen-
...erien oder auch wohl in den Körpervenen
...obachten. Diese Thromben waren nicht
...ch dem Tode entstanden, denn sie wurden
... noch klopfendem Herzen beobachtet und
...ren auch so dicht, so fest mit der Wand
...rbunden, wie dies nie bei postmortalen Ge-
...nungen der Fall ist. Diese Thromben waren
...erhin nicht durch eingeführte kleine Fremd-körper, Leinwandfasern etc. erzeugt, denn die Infusion geschah in dem peripheren Theile einer Arterie, so dass die kleinen Körper, deren Wirksamkeit überhaupt sehr übertrieben wurde, hier zurückgehalten werden oder doch wenigstens Gerinnungen machen mussten, was aber nicht der Fall war. Sie stellten aber auch keine nachträgliche Gerinnung des eingeführten Blutes dar, denn zurückgehaltene Proben desselben gerannen nicht. Sie waren ferner nicht durch veränderte, zusammengeballte rothe Blutkörperchen bedingt, denn auch durch blutkörperchenfreies Serum wurden sie ein Mal erzeugt. Sie können weiterhin, da sie ja auch durch Blut des Thieres selbst entstanden, nicht durch die schädliche Wirkung „fremdartigen" Blutes zu Stande gekommen sein. Negativ spricht für die Wirkung gerade des Fibrinfermentes der Umstand, dass das chemisch gleiche geschlagene Blut diese Fähigkeit nur in weit geringerem Maasse hatte, entsprechend seinem geringeren Fermentgehalte. Noch weniger war an eine Erzeugung solcher Thromben bei direkt übergeleitetem Blute zu denken. Bei sehr ausgedehnter Thrombose der Lungenarterien gingen die Thiere nach wenigen Minuten zu Grunde, bei weniger reichlicher Bildung von Gerinnseln lebten sie länger und dann fand sich das zu diesen Arterien gehörige Gebiet in Form des hämorrhagischen Infarktes verändert. Die Wirkung war um so energischer, wenn die Mischung der eingeführten Stoffe mit dem Blute recht gründlich geschah. Köhler empfiehlt hierfür

die Einspritzung in einen Ast der Kruralis, „die seitliche Injektion“. Es muss aber bemerkt werden, dass auch die Einspritzung in die Kruralis selbst eine „seitliche Injektion“ ist, insoferne die Kruralis doch auch nichts Anderes ist als ein Ast einer anderen grösseren Arterie. — Von anderen fibrinfermenthaltigen Stoffen hat Verf. noch den Eiter benutzt. Bei Einspritzung frischen Eiters (durch die Fäulniss wird das Ferment zerstört) will er ein Mal ähnliche Wirkungen gesehen haben. Dass dies aber nur ein Mal geschah, schreibt er dem Umstande zu, dass bei der verhältnissmässig geringen Menge des eingeführten Fermentes, selbst bei inniger Mischung desselben mit dem Blute, noch gewisse Prädispositionen (in diesem Falle das Bestehen grösserer Entzündungsherde) zugegen sein müssen, wenn die fermentzerstörenden Wirkungen des Organismus überwunden werden sollen. — Das Ferment und die fibrinoplastische Substanz brauchen aber gar nicht in den Organismus fertig eingeführt zu werden, sondern es genügt, wenn diese in letzterem selbst so reichlich und schnell erzeugt werden, dass seine Kräfte nicht ausreichen, dasselbe wieder zu zerstören, ehe es in Wirksamkeit tritt. Dies kann man durch Hämoglobinlösung erreichen, wie sie durch gefrorenes und wieder aufgethautes Blut entsteht (Naunyn). So verändertes Blut erzeugt im Körper das Fibrinferment sehr energisch. Aehnlich wirkt, wie später gezeigt wird, auch das septische Gift. Die Erzeugung dieser grossen Thromben stellt aber nur den höchsten Grad einer akuten Fermentintoxikation dar. Wenn die Thiere eine Reihe von Stunden leben bleiben, so finden sich ganz regelmässig bei Anwendung ausgepressten, spontan geronnenen Blutes, häufig, wenn auch entsprechend geringgradiger, bei solcher geschlagenen Blutes umschriebene hämorrhagische Partieen und zwar an ganz bestimmten Stellen, besonders in den Mesenterialdrüsen, den kleinsten Gefässen des Dünn- und Dickdarmes (hier wieder mit besonderer Bevorzugung des Duodenums und Coecums und der Faltenhöhen), des Magens, des Endokardiums des linken Ventrikels (nie des rechten), der Schleimhaut der Harnwege, seltener der Lunge. Wenn sich hierbei auch mikroskopisch keine Thromben nachweisen lassen, so muss man doch die Entstehung jener Herde durch Kapillarthrombose annehmen, und zwar einmal, weil man die makroskopisch sichtbaren Thromben oft bis in die feinsten Verzweigungen verfolgen kann, dann, weil man ganz dieselben Erscheinungen bei künstlicher Kapillarembolie beobachtet und endlich weil das Gesammtblut ausserordentlich viel von seiner Gerinnungsfähigkeit verliert. Dies kann nur so erklärt werden, dass ein beträchtlicher Theil seines Fibrins bereits ausgefällt ist, was eben nur an jenen Stellen geschehen sein kann. Diese anatomischen Veränderungen machen sich häufig auch im Leben geltend durch Durchfälle mit Deposition schleimiger, dann bei Ruhr ähnlicher oder sogar blutiger Massen, durch Erbrechen, Schwerathmigkeit oder gar Lungenödem. Nicht immer aber war dies der Fall, auch wenn ein Theil jener Befunde in den Leichen der getödteten Thiere konstatirt wurde. Köhler glaubt daher mit Recht annehmen zu können, dass in vielen Fällen von Transfusion, welche nicht zur Sektion kamen, erhebliche Störungen in dem Körper erzeugt, aber vom Organismus wieder ausgeglichen wurden. Jedenfalls ist die Transfusion auch defibrinirten Blutes, namentlich die arterielle, ein sehr gefährliches Unternehmen. Ausser diesen durch die anatomischen Befunde hinreichend erklärten Erscheinungen am Leben fanden sich aber ganz zu Anfang noch andere, die bald wieder verschwanden: Benommenheit, unregelmässige, sehr verstärkte Herzaktion, Dyspnoe. Diese Erscheinungen lassen sich ebenfalls durch die gerinnungserregende Einwirkung der eingeführten Flüssigkeiten erklären. Sie sind bedingt durch ein Gallertigwerden des Blutes, wie dies der eigentlichen Gerinnung vorherzugehen pflegt und wieder ausgeglichen werden kann. Dadurch werden in allen Gefässen Cirkulationshindernisse geschaffen (daher die Störungen von Seiten des Herzens und der Lunge), besonders aber auch in den Hirngefässen (daher die Narkose). Aehnlich, nur noch geringer sind die Erscheinungen, welche durch das Einführen grösserer fertiger Thromben entstehen. Diese schon fertig in den Kreislauf gebrachten Thromben werden durch das Blut ausgelaugt und so geht das ihnen anhaftende Fibrinferment in dieses über. Warum gerade an bestimmten Oertlichkeiten die Wirkungen so regelmässig auftreten, dies glaubt Köhler durch die besonders lebhaften Umwandlungsprozesse der Blutzellen gerade an jenen Orten erklären zu können. Daher sind auch die Wirkungen bei jungen Thieren *energischer* als bei alten. — Diese Oertlichkeiten sowohl als die Art der Veränderungen haben nun eine überraschende Uebereinstimmung mit den

die Wirkung des septischen Giftes er-
n. Doch hat dieses ausserdem noch
ngen, welche der Fermentintoxikation
en: Lackfarbe des Blutes, hämatogener
s, Milzanschwellung und Fieber. Die
Giften gemeinsamen Wirkungen haben
eine gemeinsame Ursache, das septische
rzeugt durch eine Zerstörung der zelligen
nte des Blutes das Fibrinferment resp.
ibrinoplastische Substanz. Dies kann
direkt beweisen, indem man bei septisch
leten lebenden Thieren im Blute dieses
ent findet, während es bei normalen
en fehlt. Allerdings ist nur wenig Fer-
auf ein Mal vorhanden und daher kommt
ch nicht zur Bildung jener grossen aku-
hromben. Dafür aber wird es immer
Neuem gebildet, so dass der Organismus
nicht im Stande ist, dasselbe zu zer-
, und so die Wirkungen desselben nicht
gehalten werden. Eine Nebenwirkung
ganz allmähligen Bildung von Gerinn-
ist nach Verfasser die Entstehung
tiger Zonen um die weissen Blutkörper-
welche diese letzteren befähigen, fester
n Gefässwänden zu haften und zu globu-
Stase (Hueter) führen. Da ferner die
ng eine so lang andauernde, immer er-
ist, so werden die Kapillarthrombosen
reichlicher entstehen als bei einmaliger
Fermentvergiftung. An diesen throm-
en Stellen kann nun das septische Gift
Ruhe und Wirksamkeit gelangen und so
ndungen etc. erregen. — Mischt man
zu Fermentblut eine gleiche Menge fau-
Flüssigkeit, so entsteht eine kombinirte,
nergische Wirkung. Es entstehen Throm-
mit ausgesprochener Infarktbildung, aber
da, wo die akuten Thromben (die hier
der Verdünnung des Fermentblutes
zu Stande kommen) sich bilden, son-
an den Stellen, an welchen sonst nur
llarthromben, also die langsamer ent-
aden Wirkungen beobachtet werden, z. B.
erzen ja auch an Stellen, woselbst sonst
Blutung fehlt, z. B. im Netze, so dass
esslich die meisten Venen und kleinen
rien des Körpers thrombosirt werden.
e Thromben entstehen aber eben mehr
ählig, so dass die Thiere nicht augen-
lich wie bei ausgedehnter akuter Throm-
zu Grunde gehen. — Endlich hat Köh-
noch Versuche mit reiner fermenthaltiger
ng fibrinoplastischer Substanz angestellt,
während des Druckes Alexander
hmidt ein Verfahren zur Darstellung
dieser Stoffe aufgefunden hatte. Entsprechend dem Umstande, dass das Fibrinferment in abgeschwächter Form dieser Lösung beigemischt war, waren die Wirkungen einer solchen Einspritzung analog, aber geringgradiger als die bei Anwendung von Fermentblut. —

Bis vor kurzer Zeit war die Therapie der Nasenerkrankungen überhaupt, wie besonders die der syphilitischen, eine sehr primitive. Bei letzteren beschränkte man sich auf spezifische Kurverfahren nebst Einspritzungen. Ein bedeutender Fortschritt in der Behandlung der Nasensyphilis geschah durch den von Volkmann eingeführten Gebrauch des scharfen Löffels. Bei der grossen Bedeutung der syphilitischen Nasenerkrankung, wenn auch seltener als Ursache letalen Ausganges als wie vielmehr als solche der Entstellung und Verbannung aus der Gesellschaft und als Ursache langen Leidens, besonders aber bei der immer mehr gewonnenen Anschauung, dass unter geeigneter ärztlicher Ueberwachung die Entstellung der Nase ein immer seltener werdendes Vorkommniss abgeben müsse, sah sich Schuster zu Aachen zur Veröffentlichung seiner in den letzten Jahren nach Volkmann's Prinzipien behandelten Fälle von Nasensyphilis veranlasst. Dr. Sänger, Assistent des pathologisch-anatomischen Institutes des Prof. Wagner zu Leipzig, übernahm die histologische Untersuchung und Besprechung der diesen Fällen entnommenen pathologischen Präparate und hat die bis jetzt wenig ausgebildete pathologische Anatomie der syphilitisch ergriffenen Nasentheile hierdurch eine erwünschte Bereicherung erfahren. — Schuster berichtet über 15 Fälle von Nasensyphilis, deren Behandlung nebst der allgemeinen antisyphilitischen (Schmierkur, subkutane Quecksilber-Injektionen, Aachener Thermen, Jod u. s. w.) die von Volkmann vorgeschlagene örtliche war, bestehend in Ausschabungen mit dem scharfen Löffel und dann Kauterisation. Der Erfolg war stets ein befriedigender. Ueber die Natur der syphilitischen Krankheitsprozesse der Nase gaben die Untersuchungen Sänger's Aufschluss; durch dieselben wurde die selbstständige Erkrankung der Nasenknorpel und Knochen nachgewiesen. Besonders häufig war der Befund polypöser Schleimhautwucherungen; dieselben scheinen meist auf Knochenerkrankungen zu deuten und beherbergen oft Knochennadeln. — Schuster

beschäftigt sich mit der Hutchinson'schen Theorie, nach welcher gar häufig die späteren Erkrankungen in Folge der Syphilis nur die Bedeutung von örtlichen Leiden besitzen. Einige seiner Fälle könnten für diese Auffassung sprechen, doch waren stets neben dem Nasenleiden auch entferntere Komplikationen vorhanden; wenn diese Komplikationen fehlen, kann er solchen Fällen die konstitutionelle Erkrankung nicht absprechen. Die Behandlung muss eine kombinirte sein, weder die antisyphilitische noch die lokale führt für sich allein zum Ziele. Bei dieser kombinirten Behandlung ist er zur Ueberzeugung gelangt, dass die Nasen vor der Verunstaltung bewahrt werden können, vorausgesetzt natürlich, dass der Kranke nicht bereits mit Zerstörung der Knorpel oder der gestaltgebenden Knochen in die Behandlung tritt. — Diffuse Schwellungen der noch glatten Schleimhaut, bedingt durch Erkrankungen der unter ihr liegenden Knochen, eignen sich nicht für den Löffel; sie weichen dagegen oft einem spezifischen Kurverfahren. Der scharfe Löffel erlangt seine Bedeutung bei begonnenen Erweichungs- resp. Ulzerations-Vorgängen. Grössere Schleimhautwucherungen eignen sich nicht so sehr für die Anwendung des Löffels. In Bezug auf örtliche Nachbehandlung nach der Ausräumung empfiehlt Volkmann das Ausfüllen der Nasenhöhle mit in Karbolöl getauchten Wattetampons. (Vierteljahrsschrift f. Dermatol. u. Syph., 1. u. 2. Heft, 1877.) —

Nach M. P. Diday (Annales de Dermatologie et Syphilographie, 8. Bd., 3. Heft) wird in sehr vielen Fällen die gesunde Frau vom syphilitischen Manne nicht durch den Beischlaf, sondern durch die Konzeption, also durch Vermittlung des befruchteten Eies, angesteckt. Diday führt 26 Fälle dieser Ansteckung „par conception" an, Fälle, welche er theils selbst beobachtet, theils von Autoren in Erfahrung gebracht hat, denen er unbedingtes Vertrauen schenkt. Diese Fälle verhalten sich so: Eine gesunde Frau lebt in der Ehe mit einem Manne, welcher syphilitisch war oder noch ist. Der eheliche Verkehr findet Monate, selbst Jahre lang Statt; die Frau bleibt gesund, sicher gesund, denn viele derselben werden von den besorgten Ehemännern unter gute und oft wiederholte ärztliche Kontrole gestellt. Endlich werden sie schwanger und im Verlaufe der ersten Schwangerschaft, gleich im Beginne derselben, oder später, oder nach der Entbindung erfolgt eine syphilitische Eruption, ganz gewiss die erste und nachdem ganz gewiss keine Primäraffektion vorhergegangen ist. Folgende Momente führt Diday als beweisend für den Mangel einer Primärerkrankung an: 1) an keinem der Orte, woselbst man eine solche vermuthen müsste, sind die entsprechenden Drüsenanschwellungen zu finden; 2) die schuldigen Ehemänner haben zu keiner Zeit nach ihrer Verheirathung überhaupt irgend eine Läsion gehabt oder sie haben sie doch wenigstens nicht an einer solchen Körperstelle gehabt, von welcher eine Primäraffektion bei den Frauen hätte abgeleitet werden können; 3) die beste und genaueste ärztliche Behandlung hat das Primärleiden nicht auffinden lassen. Den Einwand, dass solche Mütter, welche er eine Syphilis par conception zuerkennt, mitunter Kinder geboren haben, welche erst einige Wochen nach der Geburt als syphilitisch erkannt werden konnten, glaubt Vf. damit beseitigen zu können, dass das Ei und der Embryo die Syphilis schon im Momente der Zeugung vom Vater erhalten haben und dadurch unter allen Umständen in der Lage waren, dieselbe auf die Mutter zu übertragen. Hört man demnach von Frauen, dass sie in der Ehe mit syphilitisch gewesenen Männern syphilitisch geworden sind, ohne eine Primäraffektion überstanden zu haben, so verliert diese Angabe alles Räthselhafte. Forscht man genauer nach, so wird sich herausstellen, dass bei solchen Frauen ein oder das andere Mal die Menses einige Monate lang oder auch nur während einiger Wochen sistirt hatten und dann unter geringfügigen Kolikschmerzen etwa mit Abgang einiger Blutgerinnsel, wieder erschienen sind. Nach Diday haben also solche Frauen abortirt und die Syphilis auf dem Wege der Konzeption erworben. — Referent hat geglaubt, diese Ansichten der in Frankreich als Autorität geltenden Syphilidologen mittheilen zu sollen, obgleich er dieselben für sehr bestreitbar und die beigebrachten Beweise für wenig stichhaltig erachtet.

Dr. Bose, Assistent an der Klinik B. v. Langenbeck's, gibt in einem Aufsatze „Zur antiseptischen Wundbehandlung" das Resultat seiner Erfahrungen über ein Salicyl-Borax-Lösung. Bei Knochenbrüchen, die mit einer kleinen Hautwunde komplizirt sind, gelingt ein Verschluss der

n sehr leicht, indem man ein Charpie-Watte-Bäuschchen in Karbolsäurelösung und es dann austrocknen lässt (ältestes r'sches Verfahren). Hiedurch werden ulnisserreger vernichtet und es wird ein horf gebildet, der die Wunde vor wei- Einwirkung der Luft schützt. Die Ver- wird so einer subkutanen ähnlich; in en Fällen kann sogar das Desinfek- ittel entbehrt werden, wie Trendelen- (Arch. f. klin. Chir., XV p. 455) nach- Die Heilung unter dem Schorfe ist das was wir für alle Wunden durch weitere dung der antiseptischen Methode an- müssen. Die bekannte günstige Wirk- r Salicylsäure bewog nun Verf., Ver- mit derselben anzustellen. Da jedoch wache Lösungen wie die gewöhnlich endung gezogene von 1:300 die Gähr- r verlangsamen, aber nicht aufheben, nühte sich Verf., die bekannte Schwer- keit der Salicylsäure in gewöhnlichem r durch Verwendung einer konz. Salz- zu beseitigen, wozu sich eine Borax- am meisten geeignet erwies. In einer Boraxlösung bleiben 8 Theile Salicyl- gelöst; diese Lösung enthält neben dem ptisch unwirksamen salicylsauren Natron reine Salicylsäure, und die grössere amkeit derselben gegenüber der schwa- einfach wässerigen lässt sich durch Ver- erweisen. Verf. hat Lösungen, die auf Wasser 2,5 bis 5 Salicylsäure und 2—4 enthielten, bei frischen Wunden, nament- ach Exstirpation von kleinen Tumoren, bei der Operation den Spray zu ver- n oder die Instrumente — ausgenommen , in die sich, wie bei den Hackenpin- , leicht Schmutz hineinsetzt — zu des- en, in der Weise angewendet, dass die e mit der Flüssigkeit gewaschen und eine fingerdicke mit der Lösung stark ge- e Lage Salicylwatte auf die zusammen- chten Wundränder aufgelegt wurde, e die Wundränder überragte. Zu Unter- ngen sowie bei grösseren Wunden zu en wurde Katgut angewendet. Der Er- war ein sehr guter. Das Katgut ent- t auch nach Verfassers Erfahrungen allen derungen, die man an ein Ligaturen- nturen-Materiale stellen kann. Am besten turen fand Verf. das Katgut NO aus aschlin'schen Verbandstofffabrik zu Schaff- n. Die Salicylboraxlösung wird so dar- llt, dass man der vorher filtrirten kochen- Boraxlösung die Salicylsäure allmählig zusetzt. Eine stärkere Lösung Salicylsäure als 5 auf 100 reizt zu sehr und ruft eine stärkere kapillare Blutung hervor, die man ja auch beim Karbolspray wahrnimmt. Uebrigens glaubt Verf. nicht, dass auch bei grösseren Wunden oder bei kleinen der Verlauf immer ein so günstiger sein wird; aber für kleinere Operationen, die ja in der täglichen Praxis so oft vorkommen, ist das Verfahren gewiss von Werth. (Schmidt's Jahrb., 1877, 5.)

Von der Betrachtung ausgehend, dass der für Lungengangrän charakteristische brandige Zerfall der elastischen Fasern neben Erhaltenbleiben des so viel zarteren Bindegewebes sich möglicherweise durch eine Fermententwicklung, eine Art Verdauung, erklären lasse, weil Etzinger und Kühne für das Pepsin und Trypsin nachgewiesen haben, dass sie elastische Substanz zur Lösung bringen, stellte Prof. W. Filehne mit den Sputis zweier Gangrän-Patienten Versuche an. Die frisch schwach alkalisch reagirenden Sputa wurden theils ohne Zusatz, theils mit gleichen Mengen Glyzerin versetzt filtrirt, mit Wasser verdünnt und in kleinen Kölbchen mit elastischem Gewebe, welches von organischen und anorganischen Beimengungen befreit war, mit Eier- oder Eiweiswürfeln, mit Sehnen- und Unterhautbindegewebe von Kaninchen in einem Verdauungskasten angesetzt, nachdem die Flüssigkeit durch entsprechenden Zusatz entweder sauer, alkalisch oder neutral gemacht war. In gleicher Weise wurden behandelt der Leiche entnommener Brand-Kavernen-Inhalt, Exsudat aus einer mit den Kavernen kommunizirenden Pleurahöhle, anderweitige putride Flüssigkeiten und Glyzerin mit Wasser. Während nun in sämmtlichen übrigen Kölbchen die elastische Substanz wochenlang vollständig unversehrt blieb, wurde dieselbe in denjenigen, welche Sputa aus Lungengangrän enthielten, stets innerhalb 1—4 Tagen völlig gelöst, wenn die Reaktion alkalisch war. Schon die Anwesenheit des fäulnisswidrigen Glyzerins, ferner der Umstand, dass auch die Putridität der Vergleichsflüssigkeiten nichts zu wünschen übrig liess, sprach gegen die Annahme, dass die rasche Lösung der Fäulniss zuzuschreiben sei, und vielmehr dafür, dass es sich um ein Ferment handle, welches durch Fäulniss (im Kadaver) zerstört werde. Auch von den Eiweisswürfeln ging — gleichfalls nur bei alkalischer Reaktion — ein Theil in Lösung, die leimgebenden Substanzen dagegen blieben

intakt. — Gehemmt wurde die Lösung der elastischen Substanz, wenn den putriden Sputis Thymol, Terpenthin, Salicylsäure, Karbolsäure oder schwefelsaures Chinin zugesetzt war. Da es Schwierigkeiten hat, die genannten Arzneistoffe in genügender Konzentration und Menge auf dem Wege der Inhalation mit dem erkrankten Lungengewebe in Kontakt zu bringen, aber gerade bei der Lungengangrän mit dem Aufhören des lokalen Zerstörungsprozesses die Verheilung beginnt, so schlägt Filehne vor, durch Einstich-Injektion von „den Verdauungsvorgang hemmenden Flüssigkeiten" eine lokale Therapie, wenigstens zunächst experimentell, zu versuchen. (Deutsche med. Wochenschrift, 1877, 4. August.) —

Dr. Salisbury hat im Journal of med. sciences, Juli bis Oktober 1862, einen auf Stroh sich entwickelnden Brandpilz als den Träger des Infektionsstoffes der Masern angegeben. Ein australischer Arzt, der sich nicht nennt, glaubt nunmehr schlagende klinische Beweise für die Richtigkeit dieser Behauptung liefern zu können. Dr. Salisbury impfte diesen Pilz mit vollem Erfolge auf seinen Arm ein und gibt sogar an, dass die wiederholte Impfung bei ihm nicht angeschlagen habe. Die Frau des Dr. Salisbury wurde auch geimpft, bekam nur einige Flecke, aber die konkomittirenden Masernsymptome. Endlich wurden 27 Knaben zur Zeit einer Masernepidemie mit dem Pilze geimpft, 23 von ihnen bekamen bloss rothe Flecke um die Impfstiche herum, etwas Fieber und Katarrh, 4 ordentliche Masern. Der anonyme Australier hat öfter beobachtet, dass mit Stroh handirende Bauern masernähnliche Ausschläge bekommen haben. Ihm gilt es als sicher, dass in Wohnungen, welche kein Stroh enthalten, Masern nicht zu finden sind, und lägen die Wohnungen auch mitten in einem Epidemieherde. Uebrigens schütze auch das sorgfältigste Lüften und Trockenhalten des Strohes ganz sicher vor der Infektion. — So wird auch erzählt, die berüchtigte Fiji-Masernepidemie ging von dem Exkönig Cacoban und dessen Sohn aus, die als Masernrekonvaleszenten auf der Insel landeten und den Brandpilz auf Pflanzenstoffen ablagerten (mit ihren Exkrementen), welche sich immer in den Hütten der Inselbewohner in grosser Masse vorfinden. Obwohl Cacoban und Sohn milde Masern durchgemacht hatten, wurde die Epidemie den Fiji-Bewohnern äuss verhängnissvoll, weil eben die Brandpilze ausgezeichnete Kulturbedingungen vorgef den hatten. — Masernfieber ist Str fieber, Entfernung oder doch wenigst Lüftung der Strohbetten schützt sicher Masern-Infektion. (Medic. Times and zette, 1877.)

Gegenüber dem Schlusse, welchen A. Fr kel aus seinen Versuchen gezogen hat, d verminderte Sauerstoffzufuhr d Harnstoffgehalt regelmässig st gere, spricht sich Prof. H. Eichhorst Virchow's Archiv Bd. 70 Seite 56 d aus, dass an der Anschauung, der Sau stoff sei ein Verbrennungs-, kein e faches Zerfallsprodukt, festgehalten w den müsse. Der Gedanke, die Erfahrun Fränkel's auf klinischem Gebiete zu prü veranlasste zur Beobachtung krupkranker K der, deren Larynxstenose lebhaften Sauerst mangel und deren Nahrungsverweigerung d Zustand der Karenz herbeigeführt hatte. Fränkel'schen Beobachtungen fanden da volle Bestätigung; mit der Deutung der V suchsresultate aber kann sich Eichhor aus mehrfachen Gründen nicht einverstand erklären. Die Dyspnoe hatte in 3 Fällen v Krup und einer doppelseitigen Pneumonie 20—36 Stunden lang bestanden. Währe des Bestehens der Athmungsbehinderung fand Eichhorst den Harnstoffgehalt sowo wie die Harnmenge stets vermindert, konst tirte dagegen eine beträchtliche absolute u relative Steigerung der Harnstoffausscheidun wenn nach der Tracheotomie die Athmu wieder frei geworden war. Im ersten Fa betrug die Harnmenge während des Krup Anfalles in 24 Stunden 145 Ccm. mit 2,5 pC Harnstoff; nachdem die Tracheotomie ausge führt war, wurden 300 Ccm. Harn entleer mit 3,3 pCt. $\dot{U}$. Das weitere Fortschreiten des krupösen Prozesses bedingte dann ein neue Zunahme der Athemnoth und gleich zeitig sank die Harnmenge auf 110 Ccm., de $\dot{U}$-Gehalt auf 1,75 pCt. Noch beträchtliche waren die Unterschiede im zweiten Falle, wo vor der Tracheotomie nur 50 Ccm. mit 1,888 pCt. Harnstoff, nach derselben 265 Ccm. mit 7,0 pCt. Harnstoff sezernirt wurden. Die dritte Beobachtung bezieht sich auf einen Krupfall, der noch vor der beabsichtigten Tracheotomie zum Tode führte und bei dem

24stündige Harnquantität nur auf
und der Harnstoff auf 1 Prozent be-
as pneumonische Kind liess während
den gar keinen Urin, bei der Autopsie
onnten aus der Blase mittelst Pipette
aufgesammelt werden, welche 1,365 pCt.
off enthielten. — Auch der Ansicht
el's, dass die Harnmenge ohne Ein-
auf die absolute Harnstoffmenge sei,
t Eichhorst sich nicht an, sondern
dass umgekehrt die Ausscheidung des
offes mit der Quantität des gelassenen
steige. Die Steigerung der Harn- und
off-Abscheidung nach künstlich erzeug-
yspnoe sei demnach nicht anders als
lge der plötzlich frei gewordenen Ath-
aufzufassen. —

Thénard macht darauf aufmerksam,
ber die Einwirkung des Ozons auf
rganismus unter Laien und Gelehrten
Anschauungen verbreitet sind, denn,
ntfernt, ein Heilmittel zu sein, sei
eines der energischesten Gifte,
in unseren Laboratorien bereitet wer-
Thénard hebt hervor, wie unter dem
se des Ozons und zwar schon bei gros-
rdünnung die Blutzellen sich schnell
nziehen und selbst ihre Form ändern,
sich verlangsamt, und zwar in so
der Weise, dass bei einem Meer-
chen, welches normal 148 Pulsschläge
nach $^1/_4$ stündigem Aufenthalte in einer
hen Ozon-Atmosphäre die Zahl auf
rabsank. Man werde möglicherweise
Ozon ein Mittel finden, allzu hohen
ratursteigerungen zu begegnen; aber
Ueberlegung Ozon in bewohnten Räu-
verbreiten, in der trügerischen Hoff-
dadurch die Miasmen zu beseitigen,
sehr gefährlich. Allerdings könnten
stärksten Gifte in geeigneten Fällen
besten Heilmittel abgeben, doch müsse
rst gelernt haben, sie anzuwenden, um
ber den richtigen Augenblick der An-
ng und Dosis nicht zu täuschen. —
ard frägt weiter: Ist man denn
haupt sicher, dass Ozon in der
sphäre existirt? Man weist dessen
wart mit Hilfe eines Papierstreifens
dessen Farbe sich mehr weniger stark
ührung mit Luft ändert. Wer aber be-
denn, dass in der atmosphärischen Luft
andere Stoffe vorhanden seien, welche
Papier in derselben Weise modifiziren,
wie es das Ozon thut? Wittmann leitete einen Luftstrom durch die Flamme einer Glasbläserlampe und erhielt eine Luft, welche auf ozonometrisches Papier gerade so wie Ozon selbst einwirkte; während aber diese Luft übelriechendes Wasser desinfizirte, ohne demselben eine saure Reaktion zu verleihen, desinfizire das Ozon nicht und mache sauer. Auch sei bekannt, dass das Ozon bei einer Temperatur von 200° C. keinen Bestand hat, während die von Wittmann modifizirte Luft einer Temperatur ausgesetzt war, bei der das Glas erweicht. (Med. chirurg. Rundschau, 7. Heft, 1877.)

Den Verhandlungen des sechsten Kongresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie entnehmen wir nachfolgenden Vortrag des Prof. W. Busch zu Bonn über Epitelkrebse der Lippen- und Gesichtshaut. Redner, welcher jährlich etwa 50 Fälle in seiner Klinik zur Beobachtung bekommt, geht aus von der Theorie Thiersch's, welcher zufolge die Entstehung des Epitelkrebses auf einer Störung des Gleichgewichtes zwischen Epidermis und Bindegewebe beruhe, und stellt als Beispiel in dieser Beziehung unter Anderem auch den Krebs des Hodens und der Brustdrüse auf. Die Mehrzahl aller Epitelkrebse gehört indessen unzweifelhaft der Gesichts- und Lippenhaut an. Ihr Ursprung ist immer zurückzuführen auf eine Verdickung, hart an der Oberfläche nach der Tiefe wachsend, deren Anfänge oft übersehen werden. Scheinbar handelt es sich zuvörderst um einen unschuldigen Vorgang, der an den Lippen übrigens seltener zu sehen ist. Bei chronischen Fällen auf der Gesichtshaut findet sich häufig im Beginne nur eine erste Auflagerung von Hornsubstanz. Reisst man diese Lage ab, so erhält man eine blutende Oberfläche. Löst man sie aber vorsichtig mit dem Myrthenblatte, so sieht man Zapfen von ihr ausgehen, welche in die Haut hineindringen. Die Oberfläche der unter dieser Schichte liegenden Haut ist vertieft und mit einem kleinen Epidermisblättchen bedeckt, welches durch die zapfenartigen Vorsprünge durchlöchert wird. Dieser Prozess ist noch nicht Krebs, sondern ein zerstörendes Geschwür. Die Epitelzapfen gehen nun im weiteren Verlaufe immer mehr in die Tiefe und der ganze Vorgang ist gerade in der senilen Haut am häufigsten. In vielen Fällen handelt es sich nachweisbar um einen bestimmt festzustellenden Reiz, oft chemischer

Natur. Es fragt sich, ob auch mechanische Reize, wie der Druck dieser ersten Hornschicht, ebenfalls an der Entwicklung des Epitelialkrebses schuld sein können? — Weicht man diese Hornmasse mit einer Sodalösung ab und lässt mit derselben die Stelle fleissig waschen, so kann man in diesem Stadium beobachten, dass sich die Vertiefung wieder ausgleicht und die Epidermis noch normal wird. Schon Volkmann hat übrigens in Betreff des Paraffinkrebses auf den günstigen Einfluss der Reinlichkeit hingewiesen. Bei senilen Hypertrophieen der Haut sind die Waschungen indessen weniger erfolgreich. — Busch's Verfahren geht nun dahin, dass zuvörderst die Hornmasse prophylaktisch entfernt wird, aber auch wenn eine Exstirpation des Epitelkrebses stattgefunden hat, lässt er die Narben und deren Umgebung mit den hornstofflösenden Waschungen behandeln. Es ist dies seiner Ansicht nach von Wichtigkeit auch um desswillen, weil man selbst bei den schlimmsten Formen von Lippen- und Gesichtshautkrebs unmöglich sagen kann, ob man im Gesunden operire. Busch hat mehrere Fälle beobachtet, in welchen die Vernachlässigung dieses Waschens ein schnelles Recidiv herbeiführte. So war es z. B. bei einem Ulcus rodens der Nase. Der Patient setzte nach einem Jahre aus. Wenige Monate nachher bildete sich ein Schorf und darunter die nässende Fläche wieder. Ein zweiter Fall ist besonders instruktiv: Nach der Exstirpation eines Epitelioms wurde das Waschen vernachlässigt und sofort bildete sich wieder Borkenschorf auf den Lippen. Sodawaschungen wurden wieder angeordnet und zum zweiten Male vernachlässigt. Von Neuem darauf Recidiv, welches die Nothwendigkeit der Exstirpation herbeiführte. An den Lippen sind diese Sodawaschungen nur in dem ersten Stadium von Erfolg; da, wo schon die Kapillaren ausgewachsen sind, nützen sie nicht; dagegen im Allgemeinen überhaupt mehr bei Ulcus rodens der Gesichtshaut. Es ist kaum fraglich, dass ein Theil der sogenannten nässenden Flechte und viele Ekzeme sowie andere Hautkrankheiten als Beginn eines Epitelioms aufzufassen sind, wie schon Sir James Paget seiner Zeit beobachtet hat. Von besonderer Bedeutung ist in dieser Richtung das Ekzem an der Brustwarze älterer Frauen. Hier beobachtet man ausserordentlich häufig die Anhäufung hornartiger Massen und unter denselben die Milchgänge ausgedehnt, so d schliesslich in der That von diesem Begi her ein wirklicher Krebs der Mamma stehen kann. Bei hereditärer Belastung Busch daher einer prophylaktischen Ex pation solcher einen Druck ausübenden sen zugeneigt. Er selbst hat ein Karzi sich da entwickeln gesehen, wo nichts als Ekzem vorhanden war. Die Krankheit ginnt mit Verstopfung der Milchgänge d epiteliale Massen und es ist klar, dass, w man diese Verstopfung verhindert, man e tuell der weiteren Entwicklung des Kre vorbeugen kann. — Busch resümirte sei Vortrag schliesslich in folgende fünf S 1) Der Anfang eines zerstörenden Epitelkre ist in sehr vielen Fällen eine einfache Ep wucherung auf der äussersten Oberflä 2) In diesem Stadium ist das Uebel d fortgesetzte medikamentöse Behandlung (H kultur durch Waschungen mit Sodalös heilbar. 3) In einigen günstigen Fällen flachem Karzinom der Gesichtshaut führt selbe Behandlung auch bei schon bestehen Geschwüren zum Ziele. 4) In vielen Fä werden nach der Exstirpation der Epitelkr die Recidive durch alkalische Waschun der Narbe und Umgebung verhindert. 5) Vorsicht möchte sich empfehlen, die *Epi* auflagerungen, welche sich an der Brust rer Frauen zuweilen vorfinden, prophylakt zu entfernen. (Allgem. mediz. Centralzeitu 1877, Nr. 64.) —

Eine neue Methode, um die Gef der Infektion und der Metritis bei Anwendung des Pressschwammes beseitigen, veröffentlicht J. M. Wa Derselbe umwickelte den ganzen Pre schwamm, mit Ausnahme des dicken End mit einer doppelten Lage von dünnem dur sichtigen Pflaster, sog. Goldschlägerhäutch welches nass aufgelegt wird. So zubere ist die Einführung des Schwammes eine s leichte und ein Aufquellen in keiner We gehindert. Ein in Glyzerin getränkter Ta pon hält den Schwamm am Platze und g ihm die zu seiner Aufquellung nöthige Fl sigkeit. Bei der Entfernung erfolgen we die sonst gewöhnliche Blutung, Exkoriatio noch der jauchige Ausfluss. Eine konse tive Metritis ist dem Verf. noch nie begegn (Med. News a. Library Philad., 1876, Nov.

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlange
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

37. *Erlangen*, am 15. September 1877.

ntlich
gen von
rtseiten.
jährlich
Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Zur Lokalisation der Gehirntumoren. Entwicklung der Kankroide. Die Augendrainage bei Netzhautablösung. Zur quantitativen Bestimmung des Zuckers im Blute. Ueber Ichthyosis. Das Verhalten von Blutergüssen in serösen Höhlen. Werth des Theers bei Bronchialkatarrh und Winterhusten. Die Arsenikbehandlung bei Lymphdrüsentumoren. Zur Parakentese des Herzbeutels. Der Karbolsalicylwatteverband in der operativen Privatpraxis. Gegen übelriechende Fusschweisse.

ine Abhandlung von Petrina „Klihe Beiträge zur Lokalisation der irntumoren“ (Prager Vierteljahrsft, CXXXIII u. CXXXIV) enthält 23 Theil sehr vollständige Beobachtungen, e sich in folgender Weise vertheilen: ren der Konvexität 7, des Vorderlap- 3, des Scheitellappens 1, der Grosshirnien 3, des Hinterlappens 1, der Gehirn- 2, des Pons 3, der Gehirnbasis mit n des Kleinhirnes 3. — 1) Die Turen der Konvexität haben insoferne besonderes Interesse, als sie wohl dazu n können, das klinische Bild der Rindenktionen feststellen zu helfen. Fall 1 verin drei Jahren unter mässigem Stirnkopfmerz und Hemiepilepsie mit erst vorüberender, später dauernder Lähmung. Schwerglichkeit der Zunge, Parese des Mundhis, Aphasie, Beugekontraktur der oberen, mung der unteren Extremität bildeten die ptsymptome. Es fand sich ein kastanienses Sarkom zwischen die abgeplatteten ieren Frontalwindungen, die vordere Cenwindung und die sogenannte dritte Stirndung eingebettet. Fall 2 verlief in 6 chen, ohne Kopfschmerz, unter schrittweise achsender rechtsseitiger Körperlähmung Aphasie. Die Oberextremität war in ker, die untere in schwächerer Beugetraktur. Ein orangegrosses Myxogliom des ken Stirnlappens grenzte an den erweichmittleren Theil der vorderen Centralwindg und die erweichte Broca'sche Windung. Fall 3 hatte einen Verlauf von fünf Monaten und war mit dumpfem Kopfschmerz verbunden. Die Symptome waren hemiepileptische Anfälle, Aphasie, Lähmung des Armes, Schwäche des Beines, ohne Facialisparese. Ein faustgrosses Fibrogliom des linken Scheitellappens war zwischen die Centralwindungen gelagert, dieselben namentlich unten auseinander drängend und die Ganglien dislozirend. Im Falle 4 traten, eingeleitet durch Wochen lange heftige Kopfschmerzen in der linken Schläfegegend, zwei apoplektische Anfälle auf. Nach dem zweiten blieben die rechte Gesichtshälfte und die rechten Extremitäten gelähmt, ausserdem Trismus und Erweiterung der rechten Pupille. Apfelgrosses Gliom des linken Scheitellappens mit erweichter Umgebung, Kompression der Centralwindungen, der Inselgegend und Verschiebung der grossen Ganglien. Der ganze Verlauf betrug etwa drei Monate. Im fünften Falle wurde ein apoplektischer Anfall durch Zuckungen des rechten Armes eingeleitet. Patient blieb einige Stunden sprachlos, sonst wurde komplete Lähmung des rechten Armes, Parese des Beines und leichte Facialisparese konstatirt. Kein Kopfschmerz. Tod nach 7 Wochen unter meningealen Erscheinungen bei gleichzeitiger Phthisis. Wenige Linien vom oberen Hemisphärenrande entfernt sass ein wallnussgrosser Tuberkel. Bedeutende Kompression und theilweise Erweichung des oberen Drittels beider Centralwindungen. Lungen- und Meningealtuberkulose. Fall 6 zeigte wieder linksseitige Konvulsionen, welche bei er-

haltenem Bewusstsein auftraten und vorübergehende Schwäche hinterliessen. Interkurrent kam ein Anfall mehrstündiger Bewusstlosigkeit vor. Parese des linken Armes und Mundfacialis, Lähmung des Beines. Ein bohnengrosser Tumor war zwischen die Centralwindungen in deren oberem Drittel eingebettet. Ein zweiter, pflaumengrosser (beides Sarkome der Dura) mit erweichter Umgebung fand sich über dem Praecuneus. Der Krankheitsverlauf betrug 4 Monate. Im 7. Falle stellte sich Müdigkeit und Taubheitsgefühl zuerst der linken unteren, dann auch der oberen Extremität mit geringem Schwindel ein. Diese Erscheinungen blieben zwei Jahre lang stationär. Dann traten klonische Krämpfe des linken Armes bei erhaltenem Bewusstsein ein, mit vorübergehender Lähmung verbunden und später auch auf Gesicht und Bein sich erstreckend. Stirnkopfschmerz, lästiger Schwindel, Verdunklung des linken Auges, linksseitige Gefühlsabstumpfung traten hinzu, schliesslich auch schmerzhafte Kontrakturen der linken Extremitäten. Der Verlauf dauerte drei Jahre. Die Sektion ergab ein apfelgrosses Gliom im rechten Scheitellappen mit Kompression und Erweichung der zwei oberen Drittel der vorderen Centralwindung, ausserdem eine kleine Kyste im linken Sehhügel. — Bei Besprechung dieser Fälle hebt Petrina als charakteristisch hervor, dass die Konvulsionen stets auf einzelne Muskelgruppen beschränkt blieben und meist ohne Bewusstseinsverlust auftraten. Er hält es für unzweifelhaft, dass bestimmte Regionen der Gehirnoberfläche bestehen, deren Reizung mit partiellen Konvulsionen und Kontrakturen, deren theilweise oder gänzliche Zerstörung mit umschriebenen Lähmungserscheinungen verbunden ist, während komplete Hemiplegieen oder ausgebreitete Lähmungen nie mit reinen Konvexitätstumoren verbunden sind, sondern in solchen Fällen stets eine tiefere, meist bis zu den grossen Ganglien reichende Läsion der Markmasse vorhanden sei. Nach seiner Ansicht weisen solche auf einzelne Muskelgruppen beschränkte Motilitätsstörungen bestimmt auf die Region der Centralwindungen, d. h. auf Betheiligung irgend einer Partie derselben hin. Was die Lage der einzelnen Centren betrifft, so erblickt er in seinen Befunden eine Bestätigung der von Hitzig über das Affengehirn gemachten Angaben. — 2) Die Vorderlappentumoren zeichnen sich nach Petrina's Erfahrungen durch heftigen Stirnkopfschmerz, Schwindel und Erbrechen, Paresen und Beeinträchtigung der intellektuellen Sphäre, namentlich die Kombination mit p chischen Störungen verschiedener Art Fall 8 führte in 4 Monaten zur völligen blindung bei nachweisbarer Stauungspap Es fanden Zuckungen der Lider und fort rende Oszillationen der Bulbi statt und mählig entwickelte sich Schwäche des r ten Armes und eine Andeutung von Faci parese, ferner noch Schwerhörigkeit im li Ohre. Tod nach 10 Monaten. Faustgr Gliom des linken Vorderlappens, fast ganze Markmasse einnehmend. Im 9. F welcher namentlich starke psychische S ungen zeigte und ebenfalls mit Stauu papille verbunden war, bestand starke sicherheit beim Gehen, ein unbesiegbarer nach hinten und rechts, Facialisparese chorea-artige, später mehr automatische wegungen des rechten Armes, in der let Zeit mässige Kontraktur beider Ellbo gelenke. Der Urin war vorübergehend zuc haltig. Vom Septum ausgehendes gr Gliom in der Markmasse beider Vorderla mit Kompression der Ganglien. Verlauf in halb 6 Wochen. Die Erscheinungen des Falles waren Epilepsie, Schwäche des r ten Armes, vollkommene Lähmung des r ten Beines, innerhalb 3 Jahren entstan Facialislähmung fehlte. Der Befund war faustgrosses Cholesteatom an der Basis schen den beiden Vorderlappen. — 3) 11 war ein Beispiel der Tumoren Scheitellappens. Unter Stirnkopfschm und mehreren Schlaganfällen entwickelte rechtsseitige Lähmung und Aphasie. In kurrent kamen Trismus und Konvulsionen rechten Facialis und des rechten Armes ungestörtem Bewusstsein vor. Der Tod folgte nach 6 Monaten; es fand sich orangengrosses Myxogliom des linken Sch tellappens, der Region des Lobulus tube entsprechend, mit Kompression des unte Theiles der Centralwindungen, der Insel u der linksseitigen Ganglien. Die Sinnesorg waren hier intakt, auch fehlten Sensibilitä störungen. — 4) Die nun folgenden Beobach ungen 12, 13 und 14 betrafen Tumor der Grosshirnganglien und zeichnet sich klinisch durch eine Kombination v Hemiplegie mit rasch entstehender Blindh (z. B. Fall 13 mit Atrophie der Sehnerve oder Störungen der Augenmuskulatur, w Ptosis, Strabismus divergens, Nystagmus, au Die Befunde waren: ein orangengrosses Spi delzellensarkom des rechten Schläfelappen mit Uebergriff auf die grossen Ganglien un

Betheiligung des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel; ein faustgrosses Gliom des linken Vorderlappens mit Zerstörung des linken Balkenantheiles etc.; ein haselnussgrosser Tuberkel im äusseren Theile des linken Thalamus opticus zugleich mit zwei stecknadelkopfgrossen Tuberkeln in der rechten Hälfte der Varolsbrücke. Alle drei Fälle hatten eine Läsion des Thalamus opticus und gewisse auffallende vasomotorische Störungen, nämlich bedeutende Temperaturschwankungen oder sehr niedrige Temperaturen und hochgradige Cyanose der Extremitäten und des Gesichtes, gemeinschaftlich. Petrina stützt darauf die Ansicht, dass derartige vasomotorische Störungen für Thalamus-Tumoren von einem gewissen Sitze charakteristisch sein mögen und verweist auf von Budge und Afanasieff gefundene vasomotorische Bahnen des Hirnschenkels. Die Seh- und Augenmuskel-Störungen, welche sonst als Hauptmerkmale der Thalamus-Tumoren zu bezeichnen sind, bezieht er auf die den Sehhügel passirenden Vierhügelarme. Endlich stellt er zum Vergleiche mit den seinigen 12 in der Literatur vorhandene Fälle von Thalamustumoren in einer Tabelle übersichtlich zusammen. — 5) Fall 15, ein citronengrosses Gliom des rechten Hinterlappens mit Kompression des rechten Thalamus, zeigte Erweiterung und fehlende Lichtreaktion der rechten Pupille bei vollkommen erhaltenem Sehvermögen. — 6) Fall 16 und 17 sind Tumoren der Basis in der Gegend der Hypophyse und zeichnen sich durch auffallende Schlafsucht aus. Im 16. Falle bestand Heisshunger. Kontrakturen der linken Extremitäten werden von Petrina auf eine Quetschung des rechten Gyrus fornicatus bezogen. Im 17. Falle war eine abnorme Kopfstellung nach rechts und unten vorhanden. — 7) Die Fälle 18, 19 und 20, Tumoren des Pons, schliessen sich in ihren Erscheinungen den schon bekannten dieser Gegend an. In den beiden ersten fanden sich kleinere infiltrirte Herde und zwar Tuberkel, doch fehlt eine genauere anatomische Lokalisation. — 8) Von den Tumoren der Gehirnbasis mit Läsion des Kleinhirnes (Fall 21—23) ist nur zu erwähnen, dass in je zwei Fällen Schwerhörigkeit eines Ohres und nervöse Ophthalmie und in einem (Fall 22) Hemiplegie und Facialislähmung derselben Seite konstatirt wurden. Letzteres Verhalten spricht nach Petrina für eine Affektion des Brückenarmes. In dem letzten Falle traten Herdsymptome überhaupt erst einige Tage vor dem Tode ein.

Besonders interessant und in praktischer Beziehung wichtig sind die Erörterungen über die Entwicklung der Kankroide von Dr. F. Boll. Nach ihm stellen letztere nicht eine Gränzverschiebung des Epitels gegen das Bindegewebe dar, sondern es ist „der wieder ausgebrochene Gränzkrieg zwischen Bindegewebe und Epitel", der, wie in der eigentlichen Entwicklungs-Periode zur Bildung der normalen „Oberflächen-Organe" (Drüsen, Haut, Schleimhaut mit ihren sekundären Bildungen, als Haare, Nägel, Federn, Zähne u. s. w.), so in der Involutionsperiode zur Bildung der pathologischen Oberflächen-Organe führt. Von den örtlichen Reizen sind die periodischen und die einmaligen Reize (Traumen) für den Krebs in ätiologischer Beziehung von besonderer Wichtigkeit, während konstante Reize, d. h. beständig oder fast beständig auf einen Punkt der Körper-Oberfläche einwirkender Druck nach Boll in keinem ursächlichen Verhältnisse zur Kankroid-Entwicklung stehen sollen. Von besonderer Wichtigkeit für die Krebsfrage ist die Entstehung des Hühnerauges. Hühneraugen und Schwielen sind nach Boll das Ergebniss eines auf die Oberfläche der Haut einwirkenden konstanten Reizes, welcher zur Abplattung der bindegewebigen Matrix, zur Atrophie der Gefässe und zu einer mehr nach aussen gerichteten Hypertrophie des Epitels führt. Nach Boll entsteht das Kankroid nicht durch einen konstanten, sondern durch einen intermittirenden, sogar einmaligen, seiner Natur nach inkonstanten örtlichen Reiz, welcher das Wachsthums-Gleichgewicht zwischen Epitel und Bindegewebe erschüttert. Im Gegensatze zu der Atrophie der gefässführenden Gewebsgrundlage bei dem Hühnerauge bildet sich hier vielmehr eine Hypertrophie des Bindegewebes, welche sofort das Signal zum Ausbruche jenes Gränzkrieges zwischen Bindegewebe und Epitel gibt. Es wiederholt sich bei der wachsenden Krebsgeschwulst der bei der Lungenentwicklung vom Verf. beobachtete Durchwachsungs-Vorgang. Gefässe und Bindegewebe kehren zum embryonalen Typus zurück („Gefäss-Keimgewebe"). Die ersten Andeutungen der Veränderung der Gefässe und des Bindegewebes zeigen sich besonders in der Tiefe der Geschwulst, wo noch keine epitelialen Sprossen bestehen (Verdickung der Gefässwände, Auflockerung der Adventitia, Infiltration des Gewebes mit Wanderzellen). Die Erkrankung des „ganzen Gefässbaumes" ist eine sehr weitgreifende — eine

Thatssache, welche nach Boll besonders bezüglich der Erklärung der Recidive von Bedeutung ist. Die dem Kankroide eigenthümliche Bildung der Perlkugeln entsteht an den Konvergenzpunkten des von verschiedenen Seiten her an bestimmten Punkten im Inneren der Geschwulst zusammentreffenden Wachsthums-Druckes. — In 15 von Boll untersuchten Lippen-Kankroiden war es ihm nicht möglich, die Entstehung der Neubildung in erster Instanz von den Schweissdrüsen, Haarbälgen, Talgdrüsen u. s. w. abzuleiten; diese Organe waren nur sekundär erkrankt. Den Ausgangspunkt des Kankroides konnte derselbe immer nur im Corpus papillare finden, das er oft schon völlig „kankroid" fand, während die benachbarten Drüsen und Haarbälge sich noch normal verhielten — ein Verhältniss, das sich aus der Thatsache erklärt, dass die Gefässe des Papillarkörpers und die der Drüsen gesonderten Gefässbezirken angehören. — Hinsichtlich der Therapie des Kankroides empfiehlt Boll, in den ersten Stadien oder bei verdächtigen Verhärtungen z. B. der Lippe die Anwendung eines konstanten Druckes zu versuchen, da, entsprechend der Entstehung der Hühneraugen, ein konstanter Druck zu dem Karzinome entgegengesetzten Gewebeveränderungen führe. Eine wichtige Rolle in der Therapie des Kankroides vindizirt Boll der Gefässunterbindung, um das pathologische Leben des tief erkrankten „Gefässbaumes" zu vernichten. Bezüglich dieses letzteren Vorschlages erwähnt Dr. Tillmanns zu Leipzig, dass derselbe z. B. bei Zungenkrebsen ja oft ausgeführt wird, ohne dass bis jetzt ein häufigeres Ausbleiben des Recidives in zuverlässiger Weise konstatirt wäre, während sich doch bei der Gefäss-Anordnung an der Zunge vielleicht am ersten eine günstige Wirkung von der Ligatur der Lingualis erwarten liesse. — Weiterhin weist Dr. Boll darauf hin, dass Thiersch in seinem Werke über den Epitelkrebs bereits auf ähnliche Momente in der Krebsentwicklung aufmerksam gemacht hat, nur mit dem einzigen Unterschiede, dass derselbe den Krebs in seinem Wesen als eine epiteliale Erkrankung auffasst. Thiersch habe bereits betont, dass bei dem Epitelkrebse der Haut bindegewebiges Stroma und Epitel durch einander wuchern. „Das statistische Gleichgewicht, in welchem seit Ablauf der Entwicklung die anatomischen Gegensätze des Epitels und das Stroma verharrten, ist gestört. Vorgänge, wie sie zur embryonalen Entwicklung der Papillar- und Follikular-Gebilde führ
scheinen sich wiederholen zu sollen" u. s.
Dann hebt auch Thiersch hervor, dass
Ursache der Krebswucherung in einer glei
zeitigen Veränderung des bindegeweb
Stroma und des Epitels zu suchen sei.
Ursache, warum die Initiative in der R
vom Epitel ausgeht, kann aber im E
allein nicht gesucht werden; eine
mehrte Produktion von Epitel
an und für sich niemals Epitelkr
erzeugen können. Eine Veränderung
Stroma muss dieser Produktion von E
den Weg bahnen; der Widerstand, den
Stroma dem Andringen des Epitels lei
muss vermindert sein, sonst liesse sich
rasche Eindringen nicht erklären" u. s.
Hienach habe also auch Thiersch
Kampf zwischen Bindegewebe und Epitel
nügend gekennzeichnet. (Allg. med. Cen
zeitung, 1877, 18. August.)

Prof. Dr. Herrmann Cohn sprach jü
über die Augendrainage bei Netzha
ablösung. — Bisher gehörte diese Affek
besonders bei hochgradiger Kurzsichtigk
zu den unheilbaren Augenleiden. Der V
tragende sah unter 20.000 Augenkranken
Laufe von 9 Jahren 191 Fälle, d. h.
1 pCt. Sichel, Kittel und Arlt versu
ten durch Einstich in die Sklera die Kra
heit zu heilen; v. Gräfe rieth vor 20 Jah
nicht die Sklera, sondern die Netzhaut se
zu durchschneiden, damit der intraoku
Druck nicht herabgesetzt und eine Komm
kation zwischen Glaskörper und subretin
Flüssigkeit hergestellt werde, fügte aber b
hinzu, dass die oft eklatante unmittelba
Besserung sich nicht zu halten scheint.
Zerschneidung der Netzhaut wurde seitd
von bedeutenden Operateuren (Paget
stecher, Arlt, Hasner) in mehre
Fällen mit traurigem Ausgange in Folge v
Cyclitis und Glaskörperentzündung ausgefü
und ist in den letzten Jahren so sehr
Misskredit gerathen, dass sie unter 19.9
Augenoperationen, die im Jahre 1874 in
Augenkliniken ausgeführt wurden, nur ac
Male und unter 16.334 Operationen, welch
im Jahre 1875 in 41 Anstalten verzeichne
worden sind, nur 12 Male figurirt. Erfo
sah nur ein Mal Rothmund, ein Ma
Höring und vier Mal partiell Second
in Genua. Durch innere Mittel, Druckverban
und Dunkelkur sahen der Vortragende, La

sinski und Samelsohn einige Fälle heilen; doch sind diese ganz exceptionell. — Vor einem halben Jahre schlug nun v. Wecker in Paris vor, das Auge zu drainiren, d. h. durch die Sklera unter der Netzhautablösung einen doppelten goldenen Faden zu ziehen und durch diese kapillare Rinne der Flüssigkeit Gelegenheit zu geben, beständig auszusickern; er wendete diese Methode in 26 Fällen an, doch fehlen Krankheitsgeschichten und Endbefunde. Der Vortragende hat nur in vier Fällen von Ablösung der Netzhaut bei höchster Kurzsichtigkeit (M 10 bis M 12) die Drainage des Auges versucht und erhielt jedes Mal einen trefflichen unmittelbaren Erfolg. Die Pariser Instrumente sind sehr gut, nur müssen die Punktionsnadeln länger scharf geschliffen und der Golddraht noch feiner sein. Es zeigte sich in Cohn's Fällen: 1) Das menschliche Auge kann Monate lang einen goldenen Draht von 1 Ctm. Länge ohne die geringste Reaktion und Beschwerde in sich tragen; 2) durch denselben wird meist sofort die Ablösung der Netzhaut beseitigt, jedenfalls verringert, selbst nach dreijährigem Bestehen der Krankheit; 3) die durch Drainage wieder angelegte Netzhaut wird sofort wieder perceptionsfähig, selbst nach dreijähriger Unthätigkeit, so dass das Gesichtsfeld die normale Ausdehnung erhält; 4) trotz der Anlegung der Netzhaut kehrt nur der Raumsinn, nicht aber der Lichtsinn und nicht der Farbensinn, wieder. Die bei Ablösung blaublinden und grünblinden Augen blieben blau- und grünblind; 5) nach einiger Zeit findet man wieder eine Ablösung, aber eine viel flachere, rugöse, randständige, nicht mehr ein blasige; durch leichte Bewegungen des Golddrains kann auch diese wieder verkleinert werden. Besonders scheint die Drainage zur Vernichtung subretinaler Cysticerken empfehlenswerth. Eine Entzündung des Auges oder Schädigung des noch vorhandenen Sehvermögens wurde nie beobachtet; die Methode darf also als nützliches und ungefährliches Adjuvans bei Anwendung von Dunkelkur, Ableitungen, Druckverband und Rückenlage empfohlen werden. (Allg. med. Centralztg., 15. Aug., 1877.)

Dr. F. W. Pavy hat in den Sitzungen der Londoner Royal Society vom 14. und 21. Juni l. Js. eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung des Zuckers im Blute sowie die Resultate seiner nach dieser Methode angestellten Untersuchungen bekannt gegeben. Die von Claude Bernard befolgte Methode, den Zuckergehalt des Blutes zu messen, erklärt Pavy für durchaus unzuverlässig und auf falsche Voraussetzungen gegründet. Er selbst versetzt eine bestimmte Quantität Blut mit einer gemessenen grossen Menge von Natron sulfuricum und erhitzt das Gemische, so dass eine dickflüssige Verbindung entsteht. Diese wird filtrirt und der Rückstand auf dem Filter sorgfältig ausgewaschen. Die filtrirte Flüssigkeit wird durch Kochen und nochmaliges Filtriren geklärt und dann mit der weinsteinsäurehaltigen Kupferlösung im Ueberschusse versetzt. Durch Kochen findet die Reduktion des Oxyds zu Oxydul Statt, welches letztere mittelst Filtriren durch Asbest oder Glaswolle von der Flüssigkeit getrennt wird. Das gesammte Oxydul wird durch ein paar Tropfen Salpetersäure gelöst (nach Zusatz einer kleinen Quantität Wasserstoffsuperoxyd) und aus der Lösung das Kupfer durch eine galvanische Batterie auf den negativen Pol derselben metallisch niedergeschlagen. Dieser Pol, ein Cylinder von Platinblech, wird vor und nach der Operation gewogen. Einem Theile niedergeschlagenen Metalles entsprechen 0.5678 Glykose. Die nach dieser Methode gewonnenen Resultate weichen wesentlich von den Bernard'schen ab, sind aber unter sich sehr übereinstimmend. Sofort nach dem Tode entnommenes Hundeblut ergab im Mittel aus sieben Bestimmungen einen Gehalt von 0.787 auf 1000; Schafblut ($^1/_4$ Stunde nach dem Tode) im Mittel aus sechs Analysen 0.521 auf 1000; Ochsenblut (1 Stunde nach dem Tode) nach sechs Bestimmungen 0.543 auf 1000. Ochsenblut, bei dessen Entnahme eine längere Zeit nach dem Tode verflossen war, gab, wie zu erwarten, höhere Zahlen (1,053 und 1.094 auf 1000). Nach Claude Bernard soll der normale Zuckergehalt des Blutes zwischen 1 und 3 auf 1000 schwanken. Dieser Forscher hat bekanntlich angegeben, dass venöses Blut viel ärmer an Zucker sei als arterielles, und daraus geschlossen, dass Zucker beim Uebergange aus dem arteriellen in's venöse System theilweise zerstört werde. Pavy bestreitet nun nach mehrfachen Analysen die Existenz eines solchen Unterschiedes und verwirft die daraus gezogene Folgerung. Nach der Entfernung des Blutes aus dem Körper nimmt der Zuckergehalt desselben allmählig ab, aber nach Pavy's Bestimmungen in bei weitem nicht so rascher Weise als Claude Bernard es

angibt. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1877, 11. August.)

Da die zahlreichen Autoren, welche sich mit der Histologie der Ichthyosis beschäftigt haben, meist das Hauptgewicht auf die Untersuchung der Krusten legen, zog Dr. J. Esoff zu Strassburg vorwiegend die Veränderungen der Haut selbst und ihrer Organe in Betracht, welche die mit ichthyotischen Krusten bedeckten unteren Extremitäten einer 46jährigen männlichen Leiche erlitten hatten. Die Krusten waren von brauner, schwarzer und schwarzgrauer Farbe, von ungleichmässiger Dicke und hügeliger, rinnendurchfurchter Oberfläche, die Haut wenig beweglich, fast haarlos und die Gefässe der Kutis und des subkutanen Fettgewebes erweitert und mit Blutgerinnseln angefüllt. Senkrechte Schnitte zeigten, dass die Krusten aus übereinander geschichteten Hornplatten bestanden, welche theils in parallel der Haut verlaufenden Streifen auftraten, theils die halbkugeligen Austrittsöffnungen der Haarbälge ausfüllten. Ausserdem waren die Krustenschichten durchsetzt von kleinen den Ausführungsgängen der Schweissdrüsen entsprechenden und von einer feinkörnigen Masse erfüllten Räumen. Die zahlreich eingestreuten Pigmentkörperchen zeigten durch Blaufärbung nach Einwirkung von Ferrocyankalium und Salzsäure, dass der Eisengehalt, welcher von Simon, Marchand, Schlossberger u. A. für die ichthyotischen Krusten sichergestellt war, wesentlich an die färbenden Partikelchen gebunden ist. Die Hautpapillen, bald schmal und zugespitzt, bald abgerundet und verbreitert, waren durchweg verlängert, die Schweissdrüsen von einer Masse mehrkerniger Epitelien oder feiner Körnchen cystisch erweitert oder durch interstitielle Wucherung — mit gleichzeitiger Bildung von hyalinen Cylindern im Lumen — in ihrer Wandung beträchtlich verdickt. Die Talgdrüsen waren oft gleichfalls cystisch erweitert, in anderen Fällen atrophirt. Die Haarbälge erschienen häufig an der Insertionsstelle des Musculus arrector pili geknickt und der Muskel selbst hatte statt der schrägen Richtung, in welcher er normaler Weise die Haut durchläuft, eine fast horizontale Lage angenommen. Die äussere Wurzelscheide setzte sich in epitelialen Auswüchsen fort, die ein abgerundetes Ende besassen, sich verzweigten oder in die von konzentrisch gelagerten Hornplatten ausgefüllten, epitelbekleideten Hohlräume übergingen. Ein Theil [illegible] Haarbälge war geschrumpft und durch V[illegible] einigung der Wurzelscheidenwände in [illegible] welliges ziemlich breites Band umgewan[illegible] Von der äusseren Wurzelscheide ausgeh[illegible] Epitelialauswüchse finden sich — wie Es[illegible] nach Untersuchung von 20 normalen Lei[illegible] feststellen konnte — auch unter gewöhnli[illegible] Verhältnissen sehr häufig, erleiden aber[illegible] der Ichthyosis ein oft exzessives Wachst[illegible] und in dieser gesteigerten Anbildung [illegible] Epitelzellen, verbunden mit lebhafter Ten[illegible] zur Verhornung, sieht Esoff die wesentl[illegible] Eigenthümlichkeit des ichthyotischen P[illegible] zesses. — Die Haarneubildung beginnt — [illegible] Untersuchungen Esoff's an normaler Hau[illegible] meist mit einem Auswachsen der äuss[illegible] Wurzelscheide, dann entsteht aus dem [illegible] Auswuchs umgebenden Bindegewebe eine [illegible] pille und darauf der bald völlig ausgebil[illegible] Haarschaft. Je nach dem Sitze des ne[illegible] bildeten Haares in der äusseren Wurzelsch[illegible] des älteren Haarbalges durchbohrt es [illegible] weder diese und wächst mit und neben [illegible] alten Haare fort oder es durchbohrt den [illegible] Haarbalg in der Gegend der Haarzwiebel [illegible] bringt dadurch die Epitelzellen derselben [illegible] Verhornung, die Papille zur Atrophie [illegible] das alte Haar mit seiner inneren Wur[illegible] ssheide zur Ausstossung. (Virchow's Ar[illegible] Bd. 69 S. 417.) —

Das Verhalten von Blutergüssen [illegible] serösen Höhlen bespricht Dr. Fra[illegible] Penzoldt zu Erlangen im deutschen Arch[illegible] f. klinische Medizin, 18. Bd. Ein Fall [illegible] Haematothorax traumaticus, in welchem [illegible] durch Aspiration 14 Tage nach dem Trau[illegible] entleerte Blut vollkommen flüssig war [illegible] erst spontan koagulirte, nachdem es ein[illegible] Zeit an der Luft gestanden hatte, wurde [illegible] Veranlassung zu seinen betreffenden Studi[illegible] I. Verhalten des Blutes in serös[illegible] Höhlen bezüglich seiner Eigenschaft, (spo[illegible] tan) zu koaguliren. a) Versuche an d[illegible] Pleura (15): Grössere Blutergüsse blie[illegible] nur ein paar Stunden flüssig, kleinere „höch[illegible] wahrscheinlich" etwas länger, aber nur the[illegible] weise. Die lebende Pleura muss hierbei [illegible] gleicher Weise wie die lebende Gefässwa[illegible] (Brücke) die spontane Gerinnung verhinde[illegible] haben. Nach mehr als 24 Stunden trat imm[illegible] spontane Gerinnung ein. Die neben den G[illegible] rinnseln vorhandene blutähnliche Flüssigke[illegible] war entweder das Serum des injizirten Blute[illegible]

(dann trat nach der Entleerung spontane Koagulation nicht mehr ein) oder sie zeigte nachträglich Gerinnung und war alsdann mit hoher Wahrscheinlichkeit als ein sekundär erfolgter pleuritischer Erguss aufzufassen. — b) Versuche am Peritoneum (6): In der thierischen Peritonealhöhle blieb ergossenes Blut einige Zeit flüssig. Es wird dies aus dem Umstande erschlossen, dass die injizirte Blutmenge ganz oder zum Theile in einem oder ein paar Tagen resorbirt wurde. Diese schnelle Resorption setzt aber flüssiges Blut voraus. Bei längerem Aufenthalte trat schliesslich Gerinnung ein. Blutähnliche Flüssigkeit fand sich aber nie in der Bauchhöhle. c) Versuche am Perikardium. Im Perikardialraume des Warmblüters (Kaninchen, Hund) gerinnt ein Bluterguss wahrscheinlich sehr bald. — II. Die Resorptionsverhältnisse von Blutergüssen in serösen Höhlen. Die Resorption von Blut oder Serum scheint in der Pleurahöhle des Kaninchens eine ziemlich langsame zu sein. In dem Bauchraume wird Serum wie Blut ziemlich rasch aufgesaugt. Penzoldt beobachtete nach Injektion von Säugethierblut bei Vögeln eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen und muthmasst irgend einen Zusammenhang zwischen Resorption des injizirten Blutes und Vermehrung der weissen Blutkörperchen. — Zu Hämatothorax gesellte sich bei Thieren unzweifelhafte Pleuritis. Diese kann bei grösserer Menge injizirten Blutes anscheinend leichter zu Stande kommen. —

Sydney, Ringer und William Murrill berichten über den Werth des Theers bei Bronchialkatarrh und Winterhusten. Sie haben das genannte Mittel in zweigranigen (10—12 Gr.) Pillen 3—4stündlich an vielen Kranken, welche mit Bronchialkatarrh und Winterhusten behaftet waren und im Alter zwischen 34 und 70 Jahren standen, mit sehr günstigem Erfolge angewendet. Nach 3wöchentlichem Gebrauche liessen die oft täglich mehrmals und auch Nachts auftretenden Hustenparoxysmen mit ihrem schaumigschleimigen, reichlichen Auswurfe vollkommen nach und die Kranken, welche bis dahin arbeitsunfähig und an die Stube gebunden waren, konnten sich wieder der Arbeit und der Bewegung im Freien aussetzen. Dem Bronchialkatarrhe und dem Winterhusten lag meist ein mehr oder weniger hochgradiges Emphysem zu Grunde. Die Dyspnoe wurde ebenfalls gemildert; Verff. fanden jedoch das Mittel namentlich in den Fällen wirksam, wo der Husten und die reichlichen Expektorationen die Hauptklage bildeten, während es bei einem Bronchialasthma keine günstige Wirkung hatte. Im Allgemeinen eignet sich die Anwendung des Theers für dieselben Fälle, für welche Verff. früher die Einathmung von zerstäubtem Ipecacuanha-Wein empfohlen haben. Beide Mittel unterscheiden sich nur dadurch, dass die Einathmung des Ipecacuanha-Weines schneller die Dyspnoe herabsetzt als den Husten und die Expektoration. Verff. haben sich jedoch durch weitere Erfahrungen überzeugt, dass die Einathmungen bei manchem Kranken heftigen Reiz, mit anfänglicher Steigerung der Dyspnoe, hervorrufen und dass es dessbalb gerathen ist, die Einathmungen mit verdünntem Ipecacuanha-Weine (1:1 oder 1:2 Aq.) beginnen zu lassen. Mit der gehörigen Vorsicht angewendet, leisten diese Einathmungen übrigens auch gegen chronischen Rachenkatarrh mit erheblicher Anschwellung der Schleimhaut sowie gegen Heiserkeit in Folge von Kongestion der Stimmbänder gute Dienste. (Schmidt's Jahrbücher, 1877, 5.)

Im Anschlusse an seine früheren Mittheilungen über die Arsenikmedikation bei Lymphdrüsentumoren berichtet Winiwarter (in den Wiener mediz. Jahrb., 1877, S. 153) über weitere diesbezügliche Erfahrungen. Das genannte Mittel wurde innerlich gegeben und zugleich mittelst parenchymatöser Einspritzungen in die Drüsen gebracht. Innerlich empfiehlt sich die Fowler'sche Lösung in Verbindung mit Tinct. ferri pomata ana und in steigender Gabe (von 2 Mal täglich 5 bis zu 2 Mal täglich 30 Tropfen). Das Quantum der zu injizirenden Flüssigkeit ist in der Regel ein Theilstrich der Pravaz'schen Spritze für eine Einspritzung; wenn es die Beschaffenheit der Geschwülste erfordert, so macht man 2—3 solcher Injektionen an einem Tage in die einzelnen Gruppen oder abwechselnd je nach den Körperstellen, woselbst Lymphome sitzen, bald in die eine, bald in die andere. Winiwarter's Resultate sind kurz folgende: 1) Die Behandlung mittelst arseniger Säure ist sowohl bei malignen Lymphomen als bei der Leukämie wirksam, indem sie eine Resorption des hyperplastischen Drüsengewebes herbeiführt. 2) Die Säure verdankt ihren günstigen Einfluss der

ihr eigenen Fähigkeit, die eiweisshaltigen Gewebe, in erster Linie die Drüsengeschwülste, einem Zersetzungsprozesse zuzuführen, welcher dieselben der Resorption zugänglich macht. 3) Ausserdem trägt die lokale Wirkung der Injektion und das Arsenfieber zur Verkleinerung der Geschwülste bei. 4) Die Heilung kann bis zu einem Jahre andauern; die Recidivgeschwülste sind der Therapie eben so zugänglich wie die primären. 5) Die Arsenikbehandlung ist bei malignen Lymphomen unbedingt wirksamer als die Operation; jedenfalls ist die operative Therapie immer mit der medikamentösen Behandlung zu kombiniren. —

Im New-York med. Journ. (1876, Dez.) gibt John B. Roberts die Analyse von 41 in der Literatur vorhandenen Fällen von Parakentese des Herzbeutels: Vor Schuh hatten schon Romero 1819, Jowett 1827 und Karavagen je 3, 1 und 2 Mal die Parakentese des Herzbeutels ausgeführt und zwar 3 Mal mit glücklichem Erfolge. — Von den 41 Operirten waren 27 Männer, 8 Frauen, und von 6 Individuen ist das Geschlecht nicht angegeben; 11 standen im Alter bis zu 20, 15 im Alter über 20 Jahren und von 15 ist das Alter unbekannt. Die älteste Operirte war eine 68jährige Frau und der jüngste Patient zählte 6 Jahre. — Es genasen 19 Patienten, starben 21 und in einem Falle ist der Ausgang unbekannt, wobei noch zu beachten ist, dass in den meisten Fällen der Tod durch schwere Komplikationen der Herzbeutelerkrankung bedingt war; nur fünf Todesfälle waren ausschliesslich auf Rechnung der Perikarditis zu schreiben. — Von den seit dem Jahre 1850 datirenden 27 Fällen genasen 11 und nur bei dreien erfolgte der Tod nur in Folge der Perikarditis, in 13 Fällen dagegen in Folge von Komplikationen. In vielen Fällen, welche tödtlich endeten, hatte die Parakentese palliativ gewirkt und das Leben um einige Wochen verlängert. — In acht Fällen wurde die Operation wiederholt, an einem Individuum sogar sechs Mal; zwischen der ersten und zweiten Parakentese waren 2—17 Tage abgelaufen. — Diese Analyse dient Roberts dazu, um auf Grund derselben zur Vornahme der Operation, welche weit bessere Chancen bietet als gewöhnlich angenommen wird, in geeigneten Fällen zu ermuntern. —

Dr. Alfred Bidder in Mannheim hat „Karbol-Salicylwatteverband in operativen Privatpraxis“ zum Gegenstande einer Abhandlung gemacht. Für Privatpraxis ist nämlich die Lister'sche Methode zu komplizirt, da man ja hier ohne oder doch nur mit ungenügender Assistenz zu operiren genöthigt ist. Die Anwendung der Salicylwatte oder der Salicyljute gewährt den besonderen Vortheil, dass man Verband in den ersten Tagen wenig zu wechseln, sondern die durch Sekret durchfeuchteten Stellen nur mit frischer Watte (Jute) zu bedecken braucht. Die grössten Schwierigkeiten macht für die Privatpraxis aber der Spray. Ob er in der Hospitalpraxis Weiteres fortgelassen oder durch etwas Anderes ersetzt werden darf, erscheint zweifelhaft, dass dies aber in der Privatpraxis möglich ist, sucht Verf. nachzuweisen. Seine Methode besteht darin, dass nach einer unter allen Cautelen Lister vorgeschriebenen Kautelen, aber ohne Spray, vorgenommenen Operation die Wundhöhle mit 3 proz. Karbollösung und nach Anlegung der Naht noch ein Mal ausgespült wird; die nassen Wundränder werden mit einer in dieselbe Lösung getauchten Schicht Mull und dann mit dichten Salicylwattestücken bedeckt. (Schmidt's Jahrb., 1877, 5.)

Gegen übelriechende Fussschweisse hat Dr. Ortéga mit Waschungen einer 1% Lösung von Chloralhydrat äusserst günstigen Erfolg erzielt. Bei einem kräftigen Arbeiter hatte sich das Uebel nach Erfrierung beider Füsse seit circa 7 Jahren und zwar in hohem Grade entwickelt, dass er in seiner Werkstätte mehr geduldet wurde. Die Epidermis der Fusssohlen war perlmutterartig weiss und in den Furchen derselben sowie um die Zehen herum zeigten sich oberflächliche Geschwürchen. Schon am 2. Tage nach Anwendung der Waschung war der Gestank geschwunden und am 6. Tage erschienen die Geschwürchen weniger nässend sowie mit einer dünnen Oberhautschichte bedeckt. Verf. hebt jedoch selbst hervor, dass das Mittel nur desinfizirend wirke und der günstige Erfolg nur so lange bestehen werde, als die Waschungen angewendet werden. (Schmidt's Jahrb. 1877, 5.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

№ 38. *Erlangen*, am 22. September 1877.

chentlich
Bogen von
Quartseiten.
s jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

I. Bakterienzüchtungsresultate. Wirkung kohlensäurehaltiger Getränke auf die Harnabsonderung. Beweis für die Existenz motorischer Centren der Grosshirnhemisphären. Verhalten des Knochenmarkes gegen entzündliche Reize. Ist die Pneumonie eine Infektionskrankheit? Die Fäulnissorganismen bei den septischen Prozessen. Ueber Fibromyome des Uterus. Zur Behandlung der Aneurysmen. Neue Methode zur Radikalheilung der Hernien. Die Temperatursteigerungen im Verlaufe allgemeiner Paralyse. Nutzen der Entspannungsnähte bei grossen Wunden. Diabetes mellitus infantum.

Ausgehend von der Thatsache, dass die Hefepilze aus denselben chemischen Verbindungen wie alle anderen Pflanzen bestehen, hat Pasteur in seiner Arbeit über die Alkohol-Gährung nach, dass auch die Ernährungs-Verhältnisse dieser Pilze ganz dieselben sind, wie die aller anderen Pflanzen. Während man bisher der Ansicht war, dass die Hefe den Stickstoff nur in Form von Eiweiss-Verbindungen aufnimmt, zeigt Pasteur, dass sie das Vermögen besitzt, Ammoniakverbindungen zu assimiliren. Sauerstoff und Wasserstoff entnimmt sie dem Wasser und die Aschenbestandtheile (Kali, Phosphorsäure und Schwefel) müssen ihr als solche dargeboten werden. Nur in Einem unterscheidet sie sich von allen Pflanzen: sie vermag die Kohlensäure nicht zu assimiliren, sondern entnimmt ihren Bedarf an Kohlenstoff dem Zucker. Pasteur züchtet auf Grundlage dieser Erfahrung die Hefe in einer Flüssigkeit, welche auf 100 Grm. Wasser 10 Grm. Candiszucker, 1 Grm. neutralen weinsauren Ammoniak, an Asche von 1 Grm. Hefe enthält. Es ist das dieselbe Lösung, die heutzutage unter dem Namen „Pasteur'sche Lösung" allgemein bekannt und benützt ist. — Uebrigens finden wir in der erwähnten Arbeit die Bemerkung, dass in solche Flüssigkeit ausgesäete Hefe nicht immer gedeiht, weil Infusorien — wohl Bakterien — nebst verschiedenen Schimmelpilzen und Milchsäureferment zu ihrem Gedeihen derselben Nährstoffe bedürfen und die Oberhand gewinnen. — In einer zweiten Arbeit benützt Pasteur dieselbe Flüssigkeit um die Unmöglichkeit einer Generatio aequivoca nachzuweisen; damit aber beweist er, dass seine Flüssigkeit durchaus geeignet zur Bakterien-Züchtung ist, d. h. dass die Ernährungs-Verhältnisse der Bakterien denen der Hefe entsprechen. Stets findet Bakterien-Entwicklung Statt, wenn er der Luft ungehinderten Zutritt zu dieser seiner Flüssigkeit gewährt. — Ausgedehnteren Gebrauch von der Pasteur'schen Flüssigkeit zur Bakterien-Züchtung hat Sanderson gemacht. Ausgehend von den Gesichtspunkten: 1) dass die Pasteur'sche Flüssigkeit alle die zur Bakterien-Ernährung erforderlichen Stoffe in geeigneter Form enthält, und 2) dass sie, obgleich an und für sich klar, der Luft ausgesetzt bei gewöhnlicher Temperatur in kurzer Zeit trübe und von Mikrokokken bevölkert wird — ausgehend von diesen Gesichtspunkten, benützt er sie, nachdem er durch eine Reihe exakter Versuche bewiesen, dass sich spontan in ihr keine Organismen bilden, gleichsam als Reagens auf Bakterien. Infizirt er sie mit einigen Tropfen der zu untersuchenden Flüssigkeit, so trübt sie sich in kurzer Zeit, falls Bakterien zugegen sind, bleibt aber klar, falls die zu untersuchende Substanz keine Bakterien enthält. Auch Sanderson beweist also, dass die Pasteur'sche Flüssigkeit zur Ernährung von Bakterien durchaus geeignet ist. — Cohn überträgt die von Pasteur in Bezug auf die Hefe gewonnenen

Resultate direkt auf Bakterien. Wie die Hefe und alle anderen Pflanzen, bedürfen diese Organismen zu ihrer Ernährung des Sauerstoffs, des Stickstoffs, des Wasserstoffs und einer Anzahl mineralischer Nährsalze, den Hauptbestandtheilen nach phosphorsaures Kali, schwefelsaure Magnesia und phosphorsauren Kalk. Sauerstoff und Wasserstoff entnehmen sie dem Wasser oder der Luft, den Kohlenstoff dem Zucker und den Stickstoff einem Ammoniaksalze. Allein der Zucker ist überflüssig, mitunter störend; auch organische Säure, namentlich die Weinsäure, können den Bakterien ihren Kohlenstoff-Bedarf liefern. Bei seinen Züchtungs-Versuchen lässt desshalb Cohn den Kandiszucker weg und ersetzt die Hefe-Asche durch die oben angeführten Salze. Die nach ihm genannte Züchtungsflüssigkeit enthält auf 100 CCtm. Wasser 1 Grm. weinsaures Ammoniak, 0,5 Grm. phosphorsaures Kali, 0,5 schwefelsaure Magnesia und 0,05 dreibasisch-phosphorsauren Kalk. In dieser Nährflüssigkeit kann die Weinsäure durch Bernstein-, Milch-, Essig-Säure oder auch durch Glyzerin, Rohrzucker, Milchzucker ja selbst Cellulose ersetzt werden — immer gedeihen Bakterien. Von den organischen Säuren erweist sich die Weinsäure als die der Bakterien-Entwicklung günstigste. Nur eine organische Säure kann von Bakterien nicht assimilirt werden, nämlich die Kohlensäure, und auch der Harnstoff kann Bakterien den Kohlenstoff nicht liefern, wohl aber den Stickstoff, wenn er in einer Züchtungsflüssigkeit, in der kein Ammoniaksalz, neben Weinsäure vorhanden ist. Durchaus nothwendig erscheint Cohn der Zusatz der mineralischen Nährsalze. Nährflüssigkeit ohne dieselben bleibt klar oder wird in geraumer Zeit nur leicht trübe, während Nährflüssigkeiten, welche die mineralischen Nährbestandtheile enthalten, in kurzer Zeit durch Bakterien milchig werden. Cohn resümirt aus seinen Versuchen, „dass die Bakterien in völlig normaler Weise und in grösster Ueppigkeit sich vermehren, sobald sie die erforderlichen Aschenbestandtheile in Lösung vorfinden, und ihren Stickstoff aus Ammoniak oder Harnstoff, wahrscheinlich auch aus Salpetersäure, ihre Kohle aus irgend einer organischen Kohlenstoffverbindung entnehmen können". — Den vorstehenden Untersuchungen sich widmend versuchte in jüngster Zeit Dr. L. Bucholtz, die Veränderungen, welche die einzelnen Nährstoffe unter dem Einflusse der Bakterien-Entwicklung erleiden, auf chemischem Wege zu verfolgen und gelangte durch eine Rei von Versuchen, welche er im „Archive f Experimentalpathologie etc." VII 1, 1 veröffentlicht, zu nachstehenden Resultat welche mit den von Cohn erzielten im Wes liehen übereinstimmen: „Bakterien bedür zu ihrer Ernährung der Albuminate nic sie gedeihen, wenn ihnen Stickstoff in Fo eines Ammoniaksalzes, Kohlenstoff in Fo von Zucker, Wein- oder Citronen-Säure boten werden. Bis auf die Assimilation Kohlensäure unterscheiden sie sich demna anlangend ihre Ernährungs-Verhältnisse, den übrigen Pflanzen nicht. Die Gegenw der Aschenbestandtheile in grösser Menge, mit Ausnahme des phosphorsau Salzes (Kali), ist nicht absolut nothwend die Bakterien gedeihen aber in zuckerfr Züchtungsflüssigkeit bei Gegenwart derse besser. Die Weinsäure in der Cohn'sch Züchtungsflüssigkeit kann nur durch die tronensäure ohne Nachtheil ersetzt werd Harnstoff, bei Abwesenheit eines weinsau Salzes, und Glyzerin sind kein günstiger Nä boden für Bakterien. Zu den durch Vege tion von Bakterien entstandenen Zersetzun Produkten gehören: in zuckerhaltig Nährflüssigkeit die Kohlen-, Bernstei Ameisen-, Essig-, Butter-Säure und das G zerin; in zuckerfreier Nährflüssigkei die ausser Wein- oder Citronen-Säure auch Organisches enthält, die Ameisen-, Essig- u Butter-Säure". —

Bei Gelegenheit seiner Versuche über Wirkung der kohlensäurehaltigen Geträn auf die Harn-Absonderung beobachtete Pr Dr. H. Quincke zu Bern, dass gleich a deren körperlichen Funktionen auch di Harn-Absonderung während de Schlafes eine Verminderung erfähr mit dem Erwachsen dagegen eine Ste gerung der Absonderung stattfinde welche erheblich über das Mittel des ganz Tages hinausgeht und die wegen des Gleic bleibens aller sonstigen Verhältnisse eben n als Folge des Wachseins angesehen werde kann. Verdunkelt wird die Erscheinung d morgendlichen Harnfluth dadurch, dass d Versuchspersonen bei dem Erwachen da Bett verlassen und sich im Zimmer umhe bewegen. Hiedurch resp. durch das Aufstehe scheinen also Bedingungen eingeführt zu wer den, welche die Harnabsonderung in entgegen gesetzter Weise wie das Erwachen beeinflussen

) die veränderte Körperstellung, ob Muskel-
itigkeit, ob Aenderung der Perspiration hier
e Rolle spielen, hat Prof. Quincke vorerst
ht verfolgt. Suchen wir indess nach einer
klärung für diese eigenthümliche periodische
hwankung in der Harn-Absonderung, so
ten sich drei Möglichkeiten dar: 1) Könnte
Resorption der aufgenommenen Flüssig-
t aus dem Eingeweide-Traktus während
Schlafes sistiren und mit dem Erwachen
Neuem beginnen. Diese Ursache ist je-
h desshalb nicht wahrscheinlich, weil die
enthümliche Schwankung auch beobachtet
d, wenn 3—4 Stunden vor dem Einschlafen
letzte Flüssigkeit genossen wurde; auch
rde sich daraus wohl die Steigerung am
gen, nicht aber die so erhebliche Ver-
derung der Absonderung während der
cht erklären. 2) Wäre es möglich, dass
hrend des Schlafes in allen oder nur in
zelnen Organen des Körpers eine Wasser-
tention Statt hätte — sei es, dass die durch
Schlaf veränderte Funktion der Organe
s bedingt, sei es, dass etwa der Lymph-
om spärlicher fliesst — und dass mit dem
wachen das aufgespeicherte Wasser in den
utlauf zurückkehrt und durch den Harn
geschieden wird. 3) Könnte endlich im
hlafe die Nieren-Absonderung selbst ver-
ndert sein, in Folge von verminderter Ener-
e sekretorischer Nerven, in Folge von Ver-
gerung der Nierengefässe oder in Folge von
erringerung des allgemeinen Blutdruckes.
ie Abnahme der Puls- und Athmungs-Fre-
enz, das Sinken der Körpertemperatur, die
erlangsamung der Verdauung sowie endlich
e Verminderung der Geistes- und Sinnen-
hätigkeit während des Schlafes würden mit
eser Erscheinung in Parallele zu bringen
ein. Die morgendliche Harnfluth wäre dann
f Erweiterung der Nierengefässe oder stär-
re Thätigkeit der sekretorischen Nerven zu
eziehen, welche die ausgeruhte Drüse nun
m so leichter erregen könnten, vielleicht
nter Mitwirkung eines von den nun wieder
hätigen Sinnesnerven ausgehenden Reflexes.
Welche dieser beiden letzten Hypothesen die
grössere Wahrscheinlichkeit für sich hat, ob
ie Wasser-Retention der Gewebe oder die
direkte Verringerung der Sekretion, wird vor-
erst schwer zu entscheiden sein. Unsere Kennt-
nisse der Veränderung der einzelnen Körper-
funktionen im Schlafe sind dafür noch zu un-
vollkommen; aber gerade desswegen ist diese
bisher unbekannte Aenderung der Harn-Ab-
sonderung nicht ohne Interesse. (Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, VII. 2. 1877.) —

Charcot und Pitres unternahmen an der Hand der einschlägigen wenn auch nicht ganz vollständigen Literatur und des reichen Materiales der Salpetrière zu Paris den Versuch, den so zu sagen pathologischen Beweis für die Existenz der physiologisch nachgewiesenen motorischen Centren der Grosshirnhemisphären zu führen, und zwar in der Weise, dass sie aus dem Ausfalle gewisser motorischer Akte auf die Vernichtung, sei es durch Erweichung, Geschwulst oder Apoplexie, der bewussten Centren schlossen. Die Fülle des Materiales (40 eigene Beobachtungen neben vielen fremden Fällen) verbietet die Wiedergabe von Einzelheiten und seien hier nur die von den Verfassern gezogenen Schlussfolgerungen reproduzirt: 1) Die Hirnrinde des Menschen ist funktionell nicht gleichartig; nur ein Theil derselben ist zu regelmässiger Ausübung willkürlicher Bewegungen befähigt. Diese „motorische Rindenzone" begreift den Lobus paracentralis, die beiden Centralwindungen und vielleicht den Anfang der Stirnwindungen. 2) Alle Läsionen der Gehirnrinde, welche diese motorische Zone nicht berühren, haben keine motorischen Störungen zur Folge, weder Krämpfe noch Lähmungen, und auch keine sekundären Degenerationen im Rückenmarke. 3) Selbst sehr beschränkte destruirende Läsionen, welche die motorische Zone direkt oder indirekt treffen, ziehen nothwendiger Weise motorische Störungen nach sich. 4) Tritt die Läsion plötzlich auf, zerstört sie mit einem Male einen grösseren Theil der motorischen Zone, so ist eine plötzliche Hemiplegie mit Resolution der gelähmten Glieder die Folge, an welche sich später sekundäre Degenerationen im Rückenmarke und spät sich einstellende Kontrakturen der gelähmten Theile anschliessen, und welche der centralen Hemiplegie vollkommen gleicht. 5) Eine kleine umschriebene Läsion der motorischen Zone veranlasst Monoplegieen und klonische Krämpfe. Im Laufe der Zeit treten sekundäre Degenerationen auf, welche durch den Hirnschenkel und das verlängerte Mark bis in den Seitenstrang der entgegengesetzten Rückenmarkshälfte sich erstrecken. 6) Das Studium der Lähmungen und Krämpfe kortikalen Ursprunges zeigt, dass die motorischen Rindencentren für die Extremitäten der entgegengesetzten

Körperseite im Lobus paracentralis und den beiden oberen Dritteln der Centralwindungen enthalten sind; die Centren für die Bewegung des unteren Theiles des Gesichtes liegen im unteren Drittel der Centralwindungen in der Nähe der Sylvi'schen Furche. 7) Das Centrum für die isolirten Bewegungen der oberen Extremitäten liegt wahrscheinlich im mittleren Drittel der entgegengesetzten vorderen Centralwindung. (Révue mensuelle de médecine et chirurgie, 1877.) —

Das „Centralblatt f. Chirurgie", 1877, 19, enthält eine vorläufige Mittheilung von Prof. J. Rosenbach zu Göttingen über das Verhalten des Knochenmarkes gegen verschiedene entzündliche Reize. Um nämlich eine sichere Einsicht in die Aetiologie der Osteomyelitis, der spontanen sowohl als auch der accidentellen, und ferner auch in den Modus der Nekrosenbildung bei der Osteomyelitis zu erlangen, sucht sich derselbe zunächst über die Verletzbarkeit des Knochenmarkes zu orientiren, wesshalb er eine Reihe von Versuchen unternahm, welche ihm die nachstehenden Ergebnisse lieferten. Abgesehen von Versuchen, in welchen das Mark rein mechanisch beeinträchtigt wurde, wodurch bekanntlich weder eiterige Osteomyelitis noch Nekrose bedingt wird, letzteres selbst nicht bei völliger Entfernung des Markes, hat Verf. 1) das Knochenmark gereizt und theilweise zerstört durch den galvanokaustischen Brenner. Diese Verbrennungen des Markes wurden unter allen antiseptischen Kautelen vermittelst eines durch eine möglichst kleine Oeffnung in das Mark der Tibia eingeführten Brenners bewerkstelligt und ergaben bei einem Lamme, zwei Hunden und 9 Kaninchen übereinstimmend eine Ostitis ohne Eiterung, welche mit starken, periostealen Knochen-Auflagerungen heilte. Bei den Hunden wurde ausserdem auch der Markraum von der Corticalis aus durch Knochenneubildungen beengt. Bei einem Hunde, bei dem die Erhitzung bis zur Zerstörung der Innenfläche der Beinhaut getrieben wurde, trat Ablösung dieses und der Tod nach einigen Tagen ein. Ein zu junges und zu intensiv gebranntes Lamm starb ebenfalls am 3. Tage. 2) Es wurde 2 Kaninchen eine konzentrirte Lösung von Aetzkali in das Knochenmark gespritzt; auch hier erfolgte eine geringere periostale Knochenneubildung, allein weder Nekrose noch purulente Entzündung. 3) Fünf Kaninchen wurde Natriumamalgam (soweit u Quecksilber verdünnt, dass es ganz flüss war) in das Mark der Tibia gespritzt. 2 Thie starben während und unmittelbar nach d Injektion, wahrscheinlich an Wasserstoffeintr in die Blutgefässe; die 3 anderen zeigten ö liche Markzerstörung mit einer sehr mässig Lage von Rundzellen um die zerstörten P tieen des Markes. 4) Eine bei 3 Kaninch vorgenommene Injektion von Quecksilber das Mark der Tibia erwies sich fast ob Folgen. 5) Eine Injektion rauchender S petersäure in das Knochenmark, welche i 4 Kaninchen und 1 Hunde gemacht wur hatte bei 2 Kaninchen und dem Hunde a örtliche Zerstörung des Markes und örtlic Ansammlung von Eiterkörperchen sowie pe ostale Auflagerungen mässigen Grades i Folge. 2 Kaninchen starben an dem Ei dringen der Säure in das Blutgefässsyst während und gleich nach der zu reichli ausgefallenen Injektion. 6) Eine Injekti von etwa 2 Tropfen Kroton-Oel in das Ma einer Kaninchen-Tibia hatte baldige und vo ständige Ablösung der Beinhaut und vol ständige Schaftnekrose zur Folge. 7) Ein Injektion von einer sehr geringen Menge py mischen Eiters in das Mark einer Kaninchen Tibia hatte bald den Tod des Thieres durc eiterig-septische Osteomyelitis mit vollstän diger Beinhaut-Ablösung und Abtrennung d oberen Epiphyse der Tibia zur Folge. Ebens trat nach Injektion von dem bei menschlich spontaner Osteomyelitis zwischen Knoche und Beinhaut angesammelten Eiter bei zw (von drei injizirten) Kaninchen eiterige Oste myelitis mit Beinhaut-Ablösung ein. Nac Injektion von einer kleinen Menge ranzig Butter in das Mark der Tibia eines Hund trat ebenfalls eiterige Osteomyelitis ein m vollständiger Schaftnekrose und Ablösung de unteren Epiphyse. — Wenn nun diese Ver suche auch noch nicht abgeschlossen sin so glaubt Verf. doch, dass sie schon dar dienen können, den Satz zu stützen, das das Knochenmark weder auf physika lische noch solche chemische Ein griffe, welche rasch eine fundamentale Zer legung der lebenden Substanz bewirken, mi phlegmonöser oder purulenter Ent zündung und Absterben der Kortika lis reagirt, so lange nur diese un die Beinhaut nicht zu sehr mit beein trächtigt sind. Dagegen würden solch Phlegmonen mit Absterben der Kortikalis eventuell auch Epiphysenlösung, leicht durch

oder septische Stoffe hervorgerufen elleicht auch, wie es nach dem Ver- mit Krotonöl scheint, durch solche che Stoffe, welche ihre entzündungs- e Wirkung einer feinen, physiologisch- chen Alteration der Gewebe verdanken.

die Pneumonie unter die Infek- krankheiten zu rechnen sei oder ? — ist eine in letzter Zeit vielfach te Frage. Zu einer Entscheidung der- müsste es wenigstens im negativen beitragen, wenn es gelänge, durch ein pezifisches Trauma ächte krupöse Pneu- zu erzeugen. Von den Anhängern der onstheorie wird dies bekanntlich be- . Allerdings sind jedoch systematische che, bei welchen das schädliche Agens die Athmungsluft zu den Lungen ge- wird, bisher nicht in ausreichender angestellt worden. Da aber aus nahe den Gründen gerade diese Art der en für die Pathologie von besonderem sse ist, so hat Dr. Bernhard Heiden- unter Prof. Cohnheim's Beistand eine derartiger Versuche an Kaninchen und n ausgeführt und die Ergebnisse der- in Virchow's Archiv 70. Bd. Heft 4, veröffentlicht. Als das geeignetste Mit- e Lunge zu affiziren, erschien a priori wendung exzessiver Temperaturen er Athmung. Zu diesem Zwecke liess enhain die Thiere durch eine Tracheal- e eine Luft respiriren, die kurz vor der ea in einem beiläufig einen Meter langen ohre von etwa 2 Cm. Lichtweite stark t worden war. Die Versuche dauerten ½ Stunde und darüber. Nach 3, 5 be- ngsweise 7 Tagen wurden die Thiere tet. Es fanden sich sowohl bei Hunden Kaninchen die Lungen stets voll- dig gesund. Der gegentheilige Ver- mit abgekühlter Luft — in der e angestellt, dass die Einathmungsluft ein 4 Meter langes Bleirohr ging, wel- spiralförmig gewunden in einer Misch- von Eis und Salz steckte — lieferte hfalls nur negative Resultate. Um den Vorgang der „Erkältung" nachzu- en, liess Verf. die Thiere unmittelbar r einander, Viertelstunden lange mehr- wechselnd, auf die eben angegebene Art te und abgekühlte Luft athmen. Auch urch gelang es nicht, Lungen- rankungen zu erzielen. Gleichgiltig war es für den Erfolg, ob die Thiere kurarisirt waren, oder ob sie durch die Trachealkanüle selbst athmeten. Bei einigen Thieren wurde während des Versuches der Blutdruck in der Karotis gemessen und bemerkenswerthe Schwankungen desselben nicht beobachtet. Temperatur-Messungen im Mastdarme, die gleichzeitig ausgeführt wurden, liessen keinen Einfluss der Versuche auf die Eigenwärme der Thiere erkennen. — Um nun darüber Gewissheit zu erlangen, welche Werthe die Temperatur der eingeathmeten Luft in den tieferen Theilen der Trachea erreichte, wurde folgender einfacher Apparat angewendet. Eine lange gerade Glaskanüle, von einer der Trachea des Hundes entsprechenden Weite, trägt in der Mitte ihrer Länge einen kürzeren, vertikal angesetzten Schenkel; neben diesem befindet sich ein kleines eingebohrtes Exspirations-Loch. Der lange horizontale Schenkel wird bis zur Theilung in die Trachea eingeführt und in denselben durch die äussere Oeffnung ein langes dünnes Thermometer gesteckt. Der luftdichte Verschluss an der äusseren Oeffnung wird durch einen Gummi-Ring bewerkstelligt, durch den das Thermometer hindurchgeht. Das so befestigte Thermometer wurde nun so lange liegen gelassen, bis es die Temperatur der Trachea angenommen hatte, und nun die Verbindung des vertikalen Schenkels mit dem erhitzten Eisen- beziehungsweise abgekühlten Blei-Rohre durch einen kurzen Kautschukschlauch hergestellt. Merkwürdiger Weise stieg resp. fiel das Thermometer nicht, obgleich durch direkte Messung im Kautschuk festgestellt wurde, dass Luft von 60—70° und darüber, resp. von 4° — 6° in die Glaskanüle eintrat und die Versuche lange genug ausgedehnt wurden (½ Stunde und darüber). Diese höchst überraschende Erscheinung versucht nun Heidenhain zu erklären und verweisen wir in dieser Beziehung auf das Original. Aus der Thatsache, dass das Thermometer in der Luftröhre trotz exzessiver Wechsel in der Wärme der eingeathmeten Luft sich auf konstanter, unveränderter Höhe erhält, geht für die Experimentalphysiologie hervor, dass das Bestreben, Thiere bei länger dauernden Versuchen durch Einathmung von erwärmter trockener Luft vor Abkühlung zu schützen, ein vergebliches ist. Von hervorragendem Interesse ist aber diese Thatsache für den Pathologen, denn sie beweist, dass es für die Lungen gleichgiltig ist, welche Temperatur die trockene Ath-

mungsluft besitzt. — Ganz anders war dagegen die Wirkung, wenn Heidenhain die Thiere eine mit Wasserdampf gesättigte heisse Luft einathmen liess. Dabei erreichte die Quecksilbersäule des Trachealthermometers jedes Mal sehr rasch die Höhe, welche der Wärme im Zuleitungsrohre entsprach. Aus den diesbezüglichen Versuchen geht hervor, dass feuchte, auf 50° C. temperirte Luft noch nicht, wohl aber eine solche von 55—60° C. schon genügend ist, die Lungen zu affiziren. Aehnliche Affektionen, als durch heisse Wasserdämpfe, gelang es, durch Essigsäure-Dämpfe zu erzeugen. Andere chemische Agentien (mit Luft verdünntes Chlorgas, rauchende Salpetersäure u. s. w.) sind ihrer giftigen Eigenschaften wegen nicht verwendbar gewesen. Die Inhalationen hatten auf die Thiere entweder, wenn sie in sehr starker Verdünnung angewendet wurden, gar keinen Einfluss, oder dieselben starben in kurzer Zeit mit gesunden Lungen. — Als Gesammtergebniss seiner Versuche resumirt Heidenhain, dass es ihm nicht gelungen ist, von den Athmungswegen aus wirkliche krupöse Pneumonieen zu erzeugen. „Wenn nämlich", sagt er, „zum Wesen der letzteren gehört, dass ein Lappen der Lunge oder ein Theil desselben in seiner Totalität ergriffen wird (lobäre Pneumonie); dass derselbe gleichmässig infiltrirt; dass gleichzeitig Pleuritis vorhanden; dass Trachea und Bronchien intakt sind oder erst in zweiter Reihe betheiligt werden: so haben wir in keinem unserer Fälle Affektionen gesehen, welche als krupöse Pneumonie bezeichnet werden dürfen. In allen Fällen waren vielmehr, wenn überhaupt krankhafte Affektionen vorlagen, zunächst Trachea und Bronchien und erst sekundär die Lungen ergriffen worden. Und zwar hatten diese Lungen-Affektionen stets denselben Charakter: es fanden sich mehr weniger zahlreiche, über einzelne Lappen oder über die ganze Lunge zerstreut, kleine Herde, kurz lobuläre Affektionen, welche dem entsprechen, was man in der menschlichen Pathologie „katarrhalische" oder „Broncho-Pneumonie" nennt. Pleuritis, die nie fehlende Begleiterin der krupösen Pneumonie, wurde stets vermisst. „Kommen wir nun zu der Frage zurück, von der wir ausgegangen sind, ob die Pneumonie zu den Infektionskrankheiten zu rechnen sei oder nicht, so dürfte durch die vorstehenden Versuche die Annahme, dass die genannte Krankheit lediglich auf Grund eines spezifischen Age entsteht, eine wesentliche Stütze gewon haben". —

Um die Rolle, welche die Fäulni organismen bei den septischen P zessen spielen, klar zu legen, wurden Dr. A. von Puky in mehreren Versu serien Kaninchen Eidottermassen subk oder per anum einverleibt. Eidotter w anderem Injektionsmateriale vorgezogen. er absolut rein angewendet werden k weil er gleich dem Eiter und den Entzü ungsprodukten reich an Globulin ist und wartet wurde, dass er desshalb ähnliche setzungsprodukte liefere, wie diese. Bei mikroskopischen Untersuchung der Or wurden nur die als Kolonieen sich darstel den Körnchen-Anhäufungen für Bakter Befunde anerkannt. Frische, in Koch wasser bereitete Eidotter-Emulsion wu gleichviel ob subkutan oder durch die V injizirt, ohne irgend erheblichen Effekt vertragen. Faule Eidottermassen wirkten der Blutbahn aus heftiger und hatten stets den Tod zur Folge, während nach s kutaner Injektion lokale Entzündungsheer Diarrhöen und Abmagerung auftraten. Bes ders gefährlich war natürlich die Injekti saurer Fluida. In zwei Fällen lethalen A gangs fanden sich Mikrokokkenhaufen, so aber deckten sich Vergiftung und Wachsth von Mikroorganismen nicht, sondern die V giftung trat auch ohne Mikrokokkenbildu auf. Die Fäulnissprodukte wirken also mittelbar giftig, ohne dass erst eine Ansie ung derselben in den Organen vorherzuge braucht. — Kochen setzte die Wirksamk der Emulsionen herab, um so mehr, je län es fortgesetzt wurde. Als das wichtigste gebniss vorliegender Untersuchung ist die obachtung hervorzuheben, dass faulende dottermassen mit der Zeit ihren Infektio typus verändern. Dieselbe Emulsion brach einige Tage alt, putride Infektion herv nachdem sie jedoch einige Wochen gefa hatte, bewirkte ihre Injektion Mikrokok Vegetation. (Deutsche med. Wochenschri 1877, 14. Juli.)

Einer Arbeit von dem Badarzte *Dr. Lou* Michels zu Kreuznach über die Fibr myome des Uterus (Stuttgart, F. Enk 1877) entnehmen wir, was Verf. als Result

ar eben so sorgfältigen als zahlreichen Be-
htungen darin konstatirt hat: 1) Die Ent-
ung der Fibromyome fällt zwischen das
bis 30. Jahr, die grösste Zahl derselben
mt zwischen dem 25. bis 35. Jahre zur
andlung. 2) Unter 160 Fällen hat Verf.
Mal bestimmte Ursachen für die Entsteh-
der Geschwülste nachweisen können.
en schwerer Entbindungen, Abortus, Para-
Perimetritis waren die häufigsten Veran-
ungen. 3) Fibromyome, welche in Folge
matischer Insulte entstehen, entwickeln
schnell und pflegen von besonders gros-
Ausdehnung zu sein. 4) Störungen in
Urinentleerung und in der Defäkation hat
als die frühesten Symptome kennen zu
en Gelegenheit gehabt. 5) Störungen in
Sekretion der Schleimhaut beobachtete
ur im Beginne des Leidens, während sie
späteren Stadium meistens fehlten. 6) Als
bis jetzt noch nicht beschriebenes Sym-
hat Verf. in zwei Fällen von Fibro-
men intermittensartige Anfälle beobachtet,
he nicht etwa von Malaria abhingen, son-
in direktem Zusammenhange mit dem
len standen. 7) Unter den inneren und
eren Mitteln fand er, dass Kreuznach das
ige sei, welches allen Indikationen ent-
cht, und ist dieselbe eine vierfache: a) Auf-
n der Blutung, b) Rückbildung des hyper-
irten Uterus, c) Stillstand im Wachs-
me des Fibromyoms und in manchen Fäl-
Verkleinerung, d) Abnahme und häufig
ständiges Schwinden der durch die Krank-
bedingten Erscheinungen. —

Im „Lancet“ vom 26. Mai 1877 empfiehlt
Smith zur Heilung der Aneurys-
n Esmarch's Apparat zur örtlichen
ämie. Ein Mann von 45 Jahren hatte
der rechten Kniekehle ein hühnereigrosses,
ft pulsirendes und rasch wachsendes Aneu-
sma. Es wurde ihm das Bein, mit Aus-
hluss des Aneurysma's, in Flanellbinden ge-
ckelt, darüber eine elastische Binde ange-
gt, die gleichfalls das Aneurysma frei liess,
d schliesslich oben der Oberschenkel mit
nem Gummischlauche umschnürt. Der Ap-
rat lag eine Stunde lang, doch musste der
anke wegen heftiger Schmerzen nach einer
lben Stunde narkotisirt werden. Dann
rde die Art. femoralis noch durch drei
inden mittelst Tourniquet komprimirt. Da-
ch war das Aneurysma hart, verkleinert,
ne Pulsation und blieb dauernd geheilt. —
Smith knüpft an die Mittheilung dieses Falles eine kurze Uebersicht über die bisher in ähnlicher Weise behandelten und veröffentlichten Fälle. Er verzeichnet auch drei erfolglose Versuche und zwar zwei eigene an demselben Individuum, welche wahrscheinlich nur in Folge unvollkommener Ausführung der Methode fehl schlugen, und einen dritten Fall von Bradley. Wesentlich scheint bei der Behandlung zu sein, dass man das Aneurysma mit Blut gefüllt lässt, so dass sich grössere Gerinnsel in ihm bilden können, und dass man sich von der vollständigen Unterbrechung der Cirkulation überzeugt. Die Zeit, durch welche die elastische Binde und nachher das Tourniquet in den geheilten Fällen angelegt war, variirte; in allen, mit nur einer Ausnahme, lag die Esmarch'sche Binde durch eine Stunde, das Tourniquet durch 2 bis 12 Stunden; in 1 Falle lag die Gummibinde durch $2^1/_4$ Stunde und wurde dann noch durch fünf Tage ein Schrotbeutel auf die zuführende Arterie gelegt. —

Die von Schwalbe vorgeschlagene Methode zur Radikalheilung der Hernien bespricht der Primararzt Dr. Englisch in der Sitzung des Wiener Doktoren-Collegiums vom 21. Juni l. Js. Erwähnte Methode besteht in Injektionen von absolutem oder 70 proz. Alkohol in die Umgebung des Bruches und der Bruchpforte, welche Einspritzung alle 4—6 Tage wiederholt werden muss. Redner versucht dieselben bei allen Individuen, welche mit freien Leistenbrüchen behaftet auf seiner Abtheilung vorkommen, und hat bereits über 40 Einspritzungen gemacht. Das Brennen dauert nach der Injektion nur kurze Zeit an und selbst die darüber ausgeübte Kompression durch umgelegte Binden wird sehr gut vertragen. Die Patienten können dabei umhergehen und sind in gar nichts in ihrem Berufe gehemmt. Am zweiten Tage nach der Einspritzung traten Schwellung und Härte auf, welche bedingt sind durch leichte Infiltration des Zellgewebes an der Einspritzungsstelle; doch gehen auch diese sehr bald vorüber. Ueble Zufälle sah der Vortragende nie eintreten. Bei einem Patienten, den er in der Sitzung vorstellte, waren die Einspritzungen fünf Mal vorgenommen worden und hatte sich in der Umgebung der Bruchpforte eine harte Geschwulst gebildet, welche fast gar nicht gegen Druck empfindlich war. Die Eingeweide traten weit weniger hervor, so dass

sich eine entschiedene Besserung nachweisen lässt. — Es lag nicht in der Absicht des Vortragenden, heute schon über diesen Gegenstand zu sprechen, da die Versuche noch zu wenig zahlreich sind, und benützte er nur die Anwesenheit des Patienten, um die Aufmerksamkeit der Collegen auf dieses Verfahren zu lenken, und zwar um so mehr, als dasselbe ganz ungefährlich ist und, wenn es sich bewähren sollte, von grossem Vortheile für dergleichen Leidende wäre. (Allgem. mediz. Centralzeitung, 1877, 29. August.)

Magnan macht in der Société de biologie (Sitzung vom 5. August v. Js.) einige Mittheilungen über die im Verlaufe allgemeiner Paralyse — abgesehen von den apoplektischen und epileptiformen Anfällen — eintretenden Temperatursteigerungen. Er hebt hervor, dass nicht bloss (wie L. Meyer und schon vorher Calmeil und Bayle konstatirten) die Perioden interkurrenter Manie von einer beträchtlichen Temperaturzunahme begleitet sein können, sondern ebenso auch die depressiven Zustände mit hypochondrischen oder melancholischen Delirien und selbst mit Stupor. Er theilt zwei einschlägige Fälle, nebst Temperaturkurven, mit und zieht daraus den Schluss, dass das Fieber bei der allgemeinen Paralyse ganz unabhängig von den symptomatischen Manifestationen der Krankheit sei, vielmehr ausschliesslich durch die in den Nervencentren stattfindenden organischen Veränderungen bedingt ist. Für diese Annahme sprechen auch die mikroskopischen Resultate, welche im Gehirne neben der wesentlichen Läsion, der diffusen interstitiellen Enkephalitis, noch mehr oder weniger accessorische Befunde an den Gefässwänden und in der Umgebung derselben in Form sanguinolenter Transsudate oder kapillärer Hämorrhagieen ergeben. (Gaz. méd. de Paris, 1876, Nr. 40.) —

Bei stark klaffenden oder grossen Wunden, deren Wundränder sich nicht ohne grosse Spannung einander annähern lassen, wendet Dr. Arthur Menzel in Triest nach dem Vorgang Lister's sog. Entspannungsnähte an. Ein mässig starker Silberdra wird 2—4 Ctm. von den Wundrändern e fernt wie ein gewöhnlicher Nähfaden du dieselben geführt und sodann werden dur bohrte Bleiplättchen von elliptischer F und angemessener Grösse über die fr Enden des Drahtes gesteckt. Während die Wundränder soweit es geht genähert w den, schlingt man die freien Enden des Dr tes 1—2 Mal um die fest an die Haut drückten Bleiplättchen, oder rollt sie auf Plättchen auf, so dass sie fest darauf sit Dadurch werden die Wundränder oft erl lich und andauernd genähert, so dass sie nun leicht und ohne Zerrung in der gew lichen Weise vereinigen lassen. Menzel diese Entspannungsnähte nach Amput mammae, bei Hasenscharten- und plastisc Operationen mit gutem Erfolge angew Selbst bei grossen Wunden genügten bis drei solcher Nähte; sie konnten in allen Fällen 8—14 Tage liegen. Bei läng Liegenlassen trat Decubitus der Haut u der Bleiplatte auf, der ohne Bedeutung (Centralblatt f. Chirurgie, Nr. 10, 1877.)

Redon machte in der Sitzung der Soc de Biologie vom 7. April 1877 folgende theilung: Der Diabetes mellitus ist Kindesalter häufiger, als gewöhnlich genommen wird. Die klinischen Ersch ungen desselben sind: Polyurie, Polyph und in mehr als 80 pCt. aller Fälle rasch fortschreitende Abzehrung. Die k plizirende Tuberkulose ist in der Regel sehr fortgeschritten. Die Kinder sind sehr unruhig, reizbar, boshaft, dann tra und stille. — Die Haut ist fahl, immer auffallend trocken, dass dadurch allein sch der Verdacht auf Diabetes erregt wird. Dauer der Krankheit schwankt zwischen gen Monaten bis zu zwei Jahren, meist sie kürzer als bei Erwachsenen. Gewöhnl erfolgt der Tod in Folge des zunehmend Marasmus, hie und da durch Pneumonie, weilen im Koma. Von 32 Fällen kamen m destens 10 zur Heilung, meist solche, wel kurz nach dem Entstehen der Krankheit Behandlung gelangten. Die letztere war ausschliesslich eine diätetische. (Gazette Hôpitaux, 1877, 44.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlange
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

39. *Erlangen*, am 29. September 1877.

...entlich ...gen von ...artseiten. ... jährlich ... Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

I. Zur Behandlung der Morphiumsucht. Ueber Arznei-Exantheme. Diabetes mellitus bei Neuralgie des Ischiadicus. Nutzen des Vasolin. Jodoform gegen Schankergeschwüre. Ueber chronische Muskelentzündung. Verbindung des Blutgefässsystemes mit den Anfängen der Lymphgefässe bei bestehender Stase. Welches ist die Säure des Magensaftes? Zur Behandlung der sympathischen Ophthalmie. Ueber Melanämie bei Wechselfieber.

Die Behandlung der stetig mehr um sich ...fenden Morphiumsucht besteht haupt...lich in der Entziehung des genannten ...aloides und zwar zieht bekanntlich Levin...n die plötzliche Entziehung der allmäh...n (Leidesdorf) vor, davon ausgehend, ... der Organismus grobe und energische ...griffe meist leichter erträgt als langsam ...wirkende, wie wir dies in der Chirurgie, ... den Geburts-Operationen u. s. w. sehen. ... allen Fällen, in welchen wegen lebens...ährlichen Kollapsus eine oder mehrere In...tionen von Morphium als Indicatio vitalis ...macht werden mussten, oder in welchen ...wäche und Erschöpfung durch vorange...gene verminderte Nahrungszufuhr, durch ...ankheiten, Wochenbetten u. s. w. die lang...ne Entziehung indizirten, waren die Ab...nenzerscheinungen schwerer, die Konvales...z wesentlich langsamer und der Erfolg ein ...nig sicherer. Wie Levinstein, so ent...heidet sich neuerlichst auch Dr. Camerer ... Ulm für die plötzliche Entziehung des ...rphiums, plaidirt jedoch entschieden für ...rphium-Injektionen seitens des behandeln...n Arztes dann, wenn Gefahr in Sicht ist. ...ch seiner Ansicht beseitigen die Morphium...jektionen, richtig angewendet, jede Gefahr. ...e einzige Gefahr besteht aber in dem ge...öhnlich 12 Stunden nach der Entziehung ...ngetretenen Kollapsus, der übrigens nach ...amerer seinen Grund nicht in der plötz...chen Entziehung des Alkaloides hat, sondern ... dem Inanitions-Zustande des Kranken, der sich herausbildet durch die Nahrungs-Verweigerung, durch Erbrechen und Diarrhöen in den ersten Tagen der Abstinenz. Keineswegs jedoch ist jeder Kollapsus bedenklich; er ist es nur dann, wenn Cirkulation und Respiration in ernste Mitleidenschaft gezogen werden. Um einer gefahrdrohenden Höhe desselben vorzubeugen, lässt man den Kranken das Bett hüten und beschränkt ihm in den ersten Tagen nicht den Genuss von schweren und erregenden Weinen (selbst Frauen haben dann das Bedürfniss, grössere Gaben alkoholischer Getränke zu sich zu nehmen). Daneben werden dem Kranken trotz Widerwillens und Opposition 2—3 stündlich leichte und lösliche Nutrientien gereicht. Erreicht der Kollapsus einen das Leben bedrohenden Grad, so wird eine subkutane Einspritzung von Liqu. ammon. anis. und bald darauf eine Einspritzung von 15 Milligr. Morphium ausgeführt. Dabei ist jedoch genügendes ärztliches und Aufsichtspersonal unerlässliche Bedingung. Nur die Spitalbehandlung kann dieselbe erfüllen, in der Privatpraxis steht der ganze zur Behandlung dieser Krankheit nothwendige Apparat nur selten zur Disposition. Bei schweren Fällen, welche sich sofort markiren, muss ein Arzt in den ersten fünf Tagen der Abstinenz in der nächsten Nähe der Kranken sich befinden oder wenigstens in möglichst kurzem Zeitraume erreichbar sein, um im rechten Momente, bei wirklichen und nicht simulirten Schwächezuständen, einzugreifen, ohne sich übrigens durch kleine

Zwischenfälle, wie Temperatursteigerungen u. s. w., aufregen zu lassen, aber auch ohne ein Ohr und Herz zu haben für das Jammern, die Verzweiflung, das Stöhnen und Weinen, welches manche aber durchaus nicht alle Patienten in den ersten drei Tagen der Entziehung an den Tag legen. Eine unausgesetzte Ueberwachung und Kontrole der Kranken ist übrigens auch schon desshalb nothwendig, weil nach Dr. Camerer's Erfahrungen die gebildetsten, einsichtsvollsten und intelligentesten Morphiumsüchtigen kein Mittel und keine List scheuen, um den Arzt zu täuschen, sich entweder das mitgebrachte Morphium zu sichern oder sich neues zu verschaffen. „Die Morphiumsucht setzt, wie jede Leidenschaft, den Charakter des Individuums herab" — daher werden die Kranken zur Zeit der Entziehung des Morphiums isolirt und beständig von gebildeten, den Bestechungs-Versuchen unzugänglichen Personen überwacht. Ebenso werden Fenster und Thüren gegen jede Verbindung mit der Aussenwelt gesichert. Die Kleidungsstücke der Kranken, die Sopha's, die Schränke des Zimmers werden genau und wiederholt auf Morphium untersucht. Dass für den Schutz der in ihrer unglücklichen Stimmung zu Allem fähigen Patienten vor einem Selbstmord-Versuche ebenfalls gesorgt wird, braucht kaum erwähnt zu werden. Aeusserst wohlthätig und erfrischend auf die Kranken wirken die von Levinstein eingeführten, in den ersten Tagen der Abstinenz 3 Mal während 24 Stunden gereichten warmen Bäder von 28—30° R. mit oder ohne nachfolgende kalte Uebergiessung; sie vermindern nicht nur die in der Zeit der Abstinenz zuweilen eintretenden Neuralgieen, verbreiten nicht nur ein Gefühl grossen Wohlbehagens über den fröstelnden geschwächten Körper, sondern tragen namentlich auch zur Beförderung der Nachtruhe bei. Die Diarrhöen, welche fast immer unmittelbar nach der Entziehung des Morphium eintreten und oft lange anhalten, sind nur dann Gegenstand der Behandlung, wenn sie erschöpfen; 2—3 Mal täglich 1—3 Liter warmen Wassers von der Temperatur des Blutes nach Simon in den Mastdarm eingegossen, helfen dieselben bald beseitigen. Bei dem ebenfalls gewöhnlich in den ersten Tagen der Abstinenz eintretenden Erbrechen, welches keiner Therapie weicht, da die Narkotika im Allgemeinen bei der Behandlung Morphiumsüchtiger ausgeschlossen werden müssen, haben sich dem Dr. Levinstein die Leube'schen Ernährungsklystire, welche in zweckmässigster Weise von v herein für die Ernährung der Kranken S tragen, von grossem Vortheile erwiesen. Unter den vorstehenden Kautelen ist gew lich nach 8 Tagen der schwerste Theil Kur überstanden und wenn auch fast re mässig mit dem 12.—14. Tage bei den schon in der Konvalescenz zu befinden se nenden Kranken ein Theil oder das ga Heer der Abstinenzerscheinungen wieder bricht, so hat dieser erneuete Ausbruch keinen weiteren Einfluss auf den Verlauf hält meist nur 1—2 Tage an. — Die wei Behandlung richtet sich nach dem allgemei Kräftezustande: frische Luft, gut nähre Diät, wenn nöthig Eisenpräparate, heben heruntergekommenen Kräfte bald wie Wesentlich ist, dass die Patienten schon der dritten Woche an körperlich und g besonders geistig beschäftigt werden, um ihn ohne dass sie nöthig haben Morphium an wenden, ihr Selbstgefühl zu heben und Bewusstsein ihrer noch nicht untergegange Leistungsfähigkeit wach zu rufen. Fast Morphiumsüchtigen, selbst die zartesten Dam ertragen die Entziehungszeit relativ gut nach vierwöchentlicher Behandlung verlass die meisten die Anstalt mit mehr wenig beträchtlicher Zunahme an Körpergewic (2—5 Kilogramm), frohen Muthes über sich selbst abgerungenen Sieg und mit h terem Blicke in die morphiumfreie Zukun (Würtemb. med. Korrespondenzbl., 1877.)

Unter dem Titel „Arznei-Exanthem fasst H. Köbner (Berl. klin. Wochenschri 1877, 22—23) alle akut entstandenen u einer raschen Rückbildung fähigen Hautleid zusammen, welche durch die Aufsaugung v Arzneimitteln nach innerer Darreichung, su kutaner Einspritzung oder nach Einathmu derselben entstanden sind. Es handelt sic dabei meist um einfache Hyperämieen od Entzündungen, gewöhnlich unter der Fo von Urticaria, Erythema exsudativum, Phly taenen, Akne und furunkulöser Entzündun selten um atonische Geschwüre, Gangrän de Haut oder Blutungen. Manchmal beschränke sich die Erscheinungen auf eine umschrieben Hautstelle ohne jede andere Komplikation; i anderen Fällen ist die Verbreitung eine all gemeine. Es kann dann die Eruption fieberlos und allmählig von Statten gehen, wie be dem Jod-Exantheme, oder aber es tritt, ähn lich den akuten kontagiösen Hautausschlägen,

ber, Störung des Allgemeinbefindens und ktion der Schleimhäute auf und die Erup- ist eine plötzliche und allgemeine. Oft chieht dies schon nach minimalen Mengen Arzneimittels. Als diagnostisches Mittel n der Nachlass der Erscheinungen beim setzen des Mittels, die Rekrudescenz bei euertem Gebrauche, der chemische Nach- des Mittels in den Absonderungen gel- endlich die Unterschiede in der Vertheil- und Lokalisation im Vergleiche mit an- en genuinen Exanthemen. — Zu den bis- wenig berücksichtigten Arznei-Exanthemen ört der Chinin-Ausschlag, von welchem Köbner zwei Fälle beschreibt. Der erstere rifft die 28jährige Oberin eines Nonnen- sters, welche innerhalb weniger Monate n dritten Male einen Ausschlag zeigte, sen Natur, bevor Verf. sie sah, nicht er- nt war. Die Kranke klagte am 7. Nov. r Bronchitis und nahm an demselben ende um acht Uhr ein Chininpulver. Um n Uhr traten ein starker Schüttelfrost, um Uhr Erstickungs-Angst, Uebelkeit, Erbre- n und Kopfweh ein. Um zwölf Uhr, nach em abermaligen aber kurzen Schüttelfroste ann am Kopfe ein unangenehmes Gefühl n Brennen, welches sich rasch über den nzen Körper verbreitete. Am nächsten rgen waren Fieber, Schlingbeschwerden d Ausschlag vorhanden. Am 9. Nov. sah rf. die Kranke zum ersten Male: Gesicht, lis und Extremitäten boten eine vollstän- ge Scharlachröthe dar, welche auf Druck omentan verschwand, um einer gelblichen ärbung Platz zu machen; das Gesicht war dunsen und die Lider etwas ödematös; an n Schenkeln standen einige erbsengrosse, inkelrothe Papeln. Patientin gab an, dass uch der übrige Körper mit Ausschlag be- eckt sei und brenne; stellenweise waren In- eln mit normaler Haut vorhanden. Die Zunge ar weiss, pappig belegt, die hintere Schlund- opfwand stark geröthet, sonst Mund und achen normal. Köbner schloss Rose und charlach aus, nahm ein Chinin-Exanthem an nd die Anamnese ergab nun, dass auch den eiden früheren Exanthem-Ausbrüchen Chinin- aben vorausgegangen waren. Wie in den letzteren Fällen, so erschien auch dieses Mal bald eine scharlachähnliche ganz lamellöse Abschuppung. Verf. konnte eine vollständige Uebereinstimmung zwischen dem klinischen Verlaufe und der jedesmaligen Chiningabe konstatiren. Nach 0,225 Chinin brach das Exanthem das erste Mal aus, dauerte unter dem Fortgebrauche von 1,275 acht Tage, die Abschuppung sechs und an den Fusssohlen neun Wochen. Nach 0,15 Chinin das zweite Mal dauerte die Florition vier Tage, die Abschuppung war kürzer und milder. Nach 0,1 Chinin dieses Mal Florition $2^1/_2$ Tag und Abschuppung nur 14 Tage. — Der andere Fall des Verf. betraf einen 31jährigen Collegen, der nach einer Dosis von 1 Grm. Chinin, welche er Mittags nahm, am Abende eine Anschwellung des Gesichtes mit einem scharlachähnlichen Ausschlag bekam mit bedeutender Kongestion nach den Lungen. Der Ausschlag hielt 4 Tage an, dann stellte sich Abschuppung ein; erst nach drei Wochen konnte er wieder praktiziren. — Bei Durchsicht der Literatur fand H. Köbner fast identische Fälle von Skinner, Lightfoot, Garraway und Hemming mitgetheilt, welche sämmtlich Frauen und zwar solche von anämischer Beschaffenheit betrafen. Für den Nachweis des Chinins im Harne, welcher wegen der schnellen Ausscheidung oft nicht gelingt, empfiehlt Vf. die Kerner'sche Fluorescenz-Analyse. — Aehnliche Ausschläge entstanden ausser nach Chiningebrauch durch Strychnin (0,0004 Skinner), Digitalis (Traube) und Chloralhydrat. Stiller in Pest theilte dem Verf. mit, dass er einen Chloral-Rausch gesehen habe, der 4—5 Wochen gedauert und mit lamellöser Abschuppung geendet habe. Für Digitalis-Exantheme liegen bisher nur zwei Traube'sche Beobachtungen vor; doch trat in beiden Fällen das Exanthem erst 4 beziehungsweise 5 Tage nach Fortlassen des Medikamentes auf und die Temperatur ging nicht mit der Entwicklung des Ausschlages parallel. — Was das Zustandekommen der durch die Arzneimittel veranlassten exsudativen Dermatitis oder des Erythemes im weiteren Sinne betrifft, so weist Köbner die neuerdings aufgestellte Hypothese einer vasomotorischen Neurose als haltlos zurück und hält vielmehr eine wirkliche Intoxikation für zweifellos, zumal stets zwischen der Einführung des Mittels und dem Entstehen des Ausschlages ein mehrstündiger Zeitraum verläuft, nach dessen Ablauf das Alkaloid in den Harn überzugehen anfängt. Ob eine toxische Reizung auf die nervösen Centralorgane oder auf periphere Organe stattfindet, lässt Verf. dahingestellt, obgleich für die letztere Möglichkeit, nämlich eine krankmachende Einwirkung auf das Haut-Organ selbst, verschiedene Beobachtungen

sprechen. — O. v. Heusinger (ebendaselbst Nr. 25) kennt das Chinin-Exanthem schon seit mehreren Jahren. Er sah es zuerst bei einer früher chlorotischen Dame, welche grössere Gaben des Alkaloides, die sie wegen eines fieberhaften Leidens bekam, zuerst gut vertrug. Später jedoch bekam sie vier Mal, so oft selbst kleine Mengen Chinins verabfolgt wurden, den von Köbner beschriebenen Symptomen-Komplex, ein Mal sogar nach einer Dosis von 0,025. Der Ausschlag beschränkte sich bei dieser Dame auf das Gesicht; meist entsteht Röthe, Schwellung, Auftreten von Knoten wie bei dem Erythema exsud. multipl.; ein Mal sah v. Heusinger herpesähnliche Bläschen auf den Wangen. Beim Aussetzen des Chinins bilden sich die Symptome zurück und die Haut schuppt noch einige Tage kleienförmig ab. Der zweite Fall betraf eine verheirathete Dame, welche jedes Mal bei Chinin-Gebrauch nach fieberhaften Vorläufer-Erscheinungen einen Ausschlag im Gesichte bekam, gleich dem im vorigen Falle. — Dr. Apolant (ebendaselbst) hat nach dem Gebrauche von Morphium einen ähnlichen Hautausschlag beobachtet. Der an einem Spitzenkatarrhe leidende Kranke bekam nach dem Einnehmen von einigen Tropfen einer Lösung von salzsaurem Morphium (0,08) in Bittermandelwasser (10,0) einen sehr starken Ausschlag mit Hitze und Jucken; sein Gesicht war ödematös geworden und am Rumpfe wie an den Händen zeigten sich Quaddeln. Nach fünf Tagen stellte sich eine lamellöse Abschuppung ein. Acht Tage später wiederholte sich ein geringerer Anfall, nachdem der Kranke von der erwähnten Lösung gekostet und an der Flasche gerochen hatte. Schon früher hatte derselbe Patient wiederholt nach dem Gebrauche von Morphium ähnliche Ausschläge gehabt. (Centralblatt f. d. med. Wissensch., 1877, 25. August.)

Wiederholt ist in den letzten Jahren bei Kranken, welche an einer Neuralgie des Ischiadicus litten, das Auftreten von Diabetes mellitus beobachtet worden. Die erste Beobachtung rührt von Braun her, welcher in dem Harne der betreffenden Kranken nicht unerhebliche Mengen ($^1/_2$ bis $2^1/_2$ pCt.) Zucker nachwies. Prof. Eulenburg bestätigte die Befunde Braun's in drei Fällen. „In dem ersten Falle war allerdings der Zuckergehalt ein so geringer, dass — in Berücksichtigung der auch im normalen Harne vorkommenden Spuren von Zucker — das Pathologische dieses Falles nicht mit Sicherheit behauptet werden konnte. In dem zweiten Falle aber von inveterirter rechtsseitiger Ischias liess sich vorübergehend ein Zuckergehalt von beiläufig 1 pCt. bei 10[illegible] spez. Gewicht und einer täglichen Harnmenge von 3000 CCtm. nachweisen. Mit der Heilung der Ischias verschwand der Zuckergehalt, während das spez. Gewicht bis auf 1008 h[illegible] abging". Der dritte Fall Eulenburg betraf einen Mann von einigen fünfzig Jahren, der an einer sehr schweren und hartnäckigen rechtseitigen Ischias litt, zu welcher sich später auch eine linkseitige hinzugesellte. [illegible] dem Kranken wurden mehrere Monate hindurch das Vorhandensein von Diabetes mellitus und später entschiedene Symptome einer Rückenmarks-Erkrankung, namentlich Ataxie und Blasenlähmung (Harnverhaltung), konstatirt. Der Kranke ging unter den Erscheinungen des Decubitus acutus zu Grunde; seine Leichenöffnung wurde leider nicht gestattet. Nahe liegt die Annahme, dass zu der anfangs rechtseitigen Neuritis ischiadica weiterhin eine entsprechende Neuritis der linken Seite und eine von der Eintrittsstelle aus sich aufwärts forterstreckende Myelitis (besonders im Bereiche der Hinterstränge) hinzutraten. — Ganz kürzlich sind einige hieher gehörige Mittheilungen von Rosenstein bei Gelegenheit der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte gemacht worden, in welchen derselbe zu dem Schlusse gelangt ist, dass sowohl die Ischias als auch die Diabetes Symptome eines und desselben Grundleidens, einer venösen Hyperämie der Unterleibs-Organe sei, da eine Behandlung der Ischias nicht zum Ziele führte, während die Beseitigung der venösen Hyperämie beide Leiden heilte. Wenn nun auch *nicht* angezweifelt werden kann, dass die Füllung der Gefässe des Unterleibes einen Einfluss auf die Zuckerharnruhr besitzt, so werden doch schwerlich alle hieher gehörigen Fälle von Ischias und Diabetes mellitus auf diesen Ursprung zurückzuführen sein. Von Dr. W. Niedieck unter Eulenburg's *Leitung* angestellte Versuche scheinen vielmehr die Möglichkeit eines anderweitigen Zusammenhanges nahe zu legen. Bei sämmtlichen Versuchsthieren N.'s, bei welchen Diabetes nachzuweisen war, wurden nämlich auch immer Veränderungen im Rückenmarke vorgefunden und mögen gerade letztere ihrerseits einen modifizirenden Einfluss auf die Füllung der

ibs-Organe, speziell der Leber, be-
, vielleicht auch eine direkte Reizung
ckerbildungs-Centrums im Boden der
Gehirnhöhle durch Fortleitung des
zum Gehirne hervorrufen. Da auch
itte Fall Eulenburg's offenbar einen
en Verlauf nahm, so bedarf die Be-
ng Rosenstein's, die Prognose sei
er in Rede stehenden Komplikation
, wenigstens einer gewissen Einschränk-
Es sind davon diejenigen Fälle auszu-
n, bei welchen zu einer primären Ischias
rscheinungen der Zuckerharnruhr wie
er konsekutiven Spinalerkrankung (be-
durch Neuritis ascendens) hinzutreten.
ngs wird für den weiteren Verlauf im-
e In- und Extensität der letzteren mass-
d sein, welche, wie bei den Thier-Ver-
n, so wahrscheinlich auch am Menschen
bedeutenden Schwankungen unterliegen
bald nur in Form unbedeutender um-
bener transitorischer Veränderungen,
in Form irreparabler, mehr oder weniger
er Vorgänge auftreten dürften. (Archiv f.
im. Pathologie etc., 1877, VII, 3.)

n den vielen zur Weltausstellung in
elphia gesandten neuen Arzneistoffen
ein Präparat durch einen Preis ausge-
net welches, von New-York weiter ver-
, bereits in Deutschland Anwendung ge-
hat, nämlich das Vasolin, Vaselin
Kosmolin. Es ist dies eine durch
ration und Klärung des Petroleums er-
e gelbliche, butterähnliche, halbweiche
geschmack- wie geruchlose Substanz, der
estimmt ist, als Vehikel für Arzneien
für sich allein in der Chirurgie und viel-
auch bei innerer Darreichung von Arz-
eine hervorragende Bedeutung zu er-
n. Abgesehen davon, dass es an Ge-
eidigkeit alle anderen Fette übertrifft,
es einen vorzüglichen Schutz bei ver-
leten Theilen gegen den Zutritt der Luft
soll sich sehr lange Zeit halten, ohne
g zu werden. — Nicht minder vortheil-
wie in der Chirurgie hat sich das neue
l auch in der Geburtshilfe erwiesen, so
es mit Vortheil ebenso wie bei Brand-
den und Exkoriationen auch bei der Un-
chung Schwangerer wie zur Erweichung
Geburtstheile Gebärender gebraucht wer-
kann. Dubois (in San Rafael zu Cali-
en) wendet zum Touchiren eine Misch-
von Acidum salicylic. 0,1—0,3 auf 30,0 Vasolin mit einem Tropfen Rosenöl statt des gewöhnlichen Oeles oder Pomade an und ist der Ansicht, dass er bisher dadurch allen Infektionen vorgebeugt habe. Bei Entbindungen bringt er, sobald die Gebärende zu Bett gebracht ist, 30—50 Grammen Vasolin mittelst einer Spritze ohne Ansatzrohr bis an das Os uteri, um damit die Geburtswege schlüpfrig zu machen. Nach geschehener Entbindung führt er zur Desinfektion entweder Salicylsäure mit Vasolin oder letzteres mit Ergotin und Liqu.. ferri sesquichlor. bei Blutungen ein. Soll das Mittel in den Uterus gelangen, so wird das Vasolin in Wasser von 35° R. gebracht, in welchem es eine flüssige Beschaffenheit annimmt. Mit 100—150 Grammen dieses Mittels wird der Geburtsakt, zumal bei Erstgebärenden, um mehrere Stunden abgekürzt und durch die Einführung der mit Salicylsäure gemischten Substanz glaubt Dubois allen infektiösen Puerperalprozessen vorbeugen zu können. — Ein eklatanter Erfolg wurde von dem Vasolin bei einer ausgedehnten Ruptur des Perinäum an einer Primipara beobachtet, deren Wunde genäht und mehrmals täglich mit Vasolin-Salbe verbunden innerhalb dreier Tage vollständig heilte. — In Fällen, in welchen es nothwendig erscheint, Pressschwamm einzuführen, empfiehlt es sich, denselben mit Vasolin-Salbe zu versehen, um Reizzustände zu vermeiden und dabei dennoch die Dilatation zu bewirken. — Bei Erosionen des Os uteri oder Schwellungen desselben hat Dubois gleichfalls mit Erfolg seinen mit Vasolin bestrichenen Watte-Tampon in die Geschlechtstheile gebracht, nachdem dieselben mit Glyzerin gereinigt waren. Es soll auch die Mischung von Salicylsäure mit Vasolin die Eigenschaft besitzen, die Spermatozoen zu zerstören, ohne dass die Schleimhaut der Scheide oder des Uterus dadurch leiden. — Weiterhin kann das Vasolin auch als prophylaktisches Mittel zum Verbande des Nabelstranges sowie zur Reinigung des Neugeborenen von Kindspech angewendet werden. Gemischt mit Honig und Borax oder Kali oxymur. empfiehlt es sich als promptes Heilmittel bei den Aphthen der Kinder; für sich allein oder gemischt mit etwas Chinin gegen die Fadenwürmer der Kinder. — Bei beginnender Ophthalmie der Neugeborenen wird durch das Vasolin, in die Augen gestrichen, gleichfalls das Uebel in 1—2 Tagen beseitigt; ebenso die Nasenverstopfung bei kleinen Kindern, welche schwer durch andere Mittel zu beseitigen ist.

— Kann man auch das Vasolin nicht als ein Mittel für Alles betrachten, so wird es doch bald in den Zimmern der Gebärenden, der Wöchnerinnen wie in den Kinderstuben unentbehrlich sein und den Chirurgen als ein Vehikel für Salicylsäure und Karbolsäure bessere Dienste leisten als die bis jetzt gebrauchten Oele und Fette. Ist das Mittel erst mehr in die Praxis eingeführt, dann wird sein Nutzen sich noch in vielen anderen Fällen von Hautkrankheiten wie anderen inneren sowohl als äusserlichen Leiden bewähren. (The New-York med. Record, 1877, 13.) —

Dr. Klink empfiehlt das Jodoform gegen Schanker-Geschwüre. Durch 36 sehr genau beobachtete und beschriebene Fälle gelangte er darauf bezüglich zu den nachstehenden Ergebnissen: Jodoform wird mit grossem Erfolge angewendet in Pulverform bei mit grauer Masse bedeckten Schankergeschwüren, welche in die Tiefe und Breite vordringen. Das täglich 1—2malige Bestreuen wird das Geschwür unbedingt von der zerfallenden Masse reinigen und von dem Weitergreifen abhalten. Die Auflösung von Jodoform hat sich nicht nur gegen gewöhnliche Schankergeschwüre, gegen syphilitische Geschwüre sondern auch gegen den schankrösen Bubo wirksam gezeigt. Ebenso wird das Mittel in Lösung mit grossem Erfolg angewendet bei eiteriger Absonderung in Folge von Schankergeschwüren unter der Vorhaut; schon nach einigen Einspritzungen in die Höhle der Vorhaut schwindet der starke Geruch des Sekretes und die Menge desselben wird verringert. — Das Jodoform löst sich gut in Aether, Kollodium und Glyzerin und mit letzterem zusammen wendet es Dr. Klink an und zwar in der Form: Jodoform. 2,0 bis 4,0 — Glyzerin. 100,0 und Spirit. vin. rectif. 35,0. Die Stärke der Lösung hängt von der Menge der zerfallenden Masse ab. Der Verband wird höchstens 3 Mal täglich erneuert, denn Versuche haben dargethan, dass ein öfteres Wechseln damit schädlich ist. Nach dem Aufstreuen des Jodoform in Pulver entsteht ein brennender und kneifender Schmerz durch einige Minuten. In allen Fällen, in welchen das Jodoform angewendet wurde, konnte man schon nach 2, 6 bis 10 Tagen erkennen, dass das Geschwür reiner, die Eiterung geringer wurde und dass die Ränder nicht mehr so erhaben und unterminirt waren, auf dem Grunde aber sah man schon gute Granulationen. Die Zeitdauer von der Anwendung des Jodoform bis zur vollständigen Vernarbung der Geschwüre schwankte zwischen 4—33 Tagen. Dem entsprechend übersteigt seine Wirkung auf Reinigung der Schankergeschwüre alle bis jetzt angewendeten Verbandmittel, doch — fügt Dr. Klink hinzu — hauptsächlich nur in Spitälern, welchen alles zur Heilung Nöthige vorsehen ist. (Allg. med. Centralzeitung, 18. 25. August.)

Betreffs der chronischen (rheumatischen) Muskel-Entzündung äussert sich Dr. Unó Helleday in Stockholm dahin: Es sei zu bedauern, dass die pathologische Anatomie dieser Entzündung, soweit es sich um frische Fälle handelt, so gut wie gar nicht aufgeklärt ist, während man allerdings besonders in Bezug auf langwierige Fälle weiss, dass dabei Neubildung vom Bindegewebe, vom Perimysium internum und vom normalen interfibrillären Bindegewebe ausgehe, sowie sekundäre Atrophie der Muskelsubstanz stattfindet. Die grosse Wichtigkeit welche man in Bezug auf die Symptomatologie und Diagnose dem Schmerze beimisst, sei insoferne übertrieben, als die Beschaffenheit des Schmerzes nichts Charakteristisches biete und bei demselben Individuum ausserordentlich wechselt, andererseits der Schmerzpunkt nicht immer dem ergriffenen Muskel entspricht, vielmehr gar nicht selten — wahrscheinlich vermöge eines durch die angeschwollenen Muskeln auf die Nerven ausgeübten Druckes — an den Endigungen der letzteren in reichlicher Entfernung sich geltend mache. Empfindlichkeit der kranken Stelle gegen Berührung kann fehlen und kommt auch bei anderen Muskel-Affektionen vor. Hinsichtlich der in der Regel gestörten Muskelfunktion kann man sich bei Lebzeiten ausserordentlich täuschen. Einerseits kann die Unmöglichkeit freier Muskelbewegung durch andere Gründe bedingt sein und andererseits finden sich oft die bei Lebzeiten paretischen Muskeln nicht entzündet, während andere die Zeichen einer Myitis darbieten. Aeussere Anschwellung der Muskeln fehlt häufig vollständig. Nichtsdestoweniger lässt sich durch gut ausgeführte Palpation die Diagnose am besten zu Stande bringen, insoferne die ergriffenen Muskeln charakteristische Veränderungen in ihrer Konsistenz und namentlich in ihrer Elastizität darbieten. Die Konsisten-

ben gleicht derjenigen des Muskels im nde der Kontraktion und die kranken te oder Knoten können eine brettartige darbieten, obschon der Muskel sich wegs in Kontraktion befindet. Pathonisch ist die Veränderung der Elastizioch muss man sehr geübt sein und eine e Bekanntschaft mit der Elastizität des alen Muskels besitzen, um die Verhältrichtig zu würdigen. Selten werden uskeln in ihrer Totalität ergriffen, am sten an den Ansatzstellen, bisweilen an iedenen Punkten bei erhaltener Integrir dazwischen liegenden Muskelsubstanz. gerückter die anatomischen Verhältnisse um so weniger macht sich Empfindlichbei Berührung geltend. Die Behandlung darauf gerichtet sein, das Krankheitskt möglichst rasch zur Aufsaugung zu n und ist hiezu das beste Mittel die ge und zwar nicht allein desshalb, weil be sich direkt auf die kranken Punkte t, sondern auch, weil sie auf die abenden Organe weit sicherer als innere ussere Mittel wirkt. In frischen Fällen re Wirkung geradezu überraschend, aber bei sehr alter Myitis führt die Massage vollständiger Heilung. Man muss sich aber nicht durch das Aufhören der erzen oder die Wiederherstellung der elfunktion bestimmen lassen, die Kur rechen. (Nordiskt medicinskt Arkiv, 2.)

einer Inauguraldissertation (Petersburg, beschäftigt sich Ustow mit der Frage die Verbindung des Blutgefässmes mit den Anfängen der Lymphsse bei bestehender Stase. Nachr der widersprechenden Ansichten Erung gethan hat, welche über diese Frage rschiedenen Zeiten geherrscht und bers auf die Arbeiten Arnold's näher gangen ist, theilt er die Ergebnisse seieigenen Untersuchungen mit. Dieselben en zunächst an der Schwimmhaut der che und dem Netze, dem Gekröse sowie Dünndarm-Zotten der Katzen angestellt. dem vorher durch Unterbindung einer in dem zugehörigen Kapillargefässme Stase hervorgerufen und dann nach -25 Stunden das Thier getödtet worden gelang es dem Verf. stets, von den Arn aus die feinen Saftkanälchen des Bindeebes mit gefärbtem Leime zu injiziren. Da jedoch aus diesen an todten Thieren gewonnenen Ergebnissen nicht ohne Weiteres Schlüsse auf die Vorgänge während des Lebens gezogen werden können, so brachte Ustow lebenden Kaninchen und Katzen in Blutserum gelöstes Karmin oder Tusche in das Blut, nachdem er vorher einfache Blutstockung durch Venen-Unterbindung (am Gekröse der Katze) oder entzündliche Stauung (an der harten Hirnhaut von Kaninchen) hervorgerufen hatte, und konnte er auch hier die injizirten Farbstofftheilchen in den Saftkanälchen des Bindegewebes nachweisen. — Auf diese Ergebnisse gestützt kommt Verf. zu dem Schlusse, dass das Blutgefässsystem mit den Saftkanälchen des Bindegewebes (Recklinghausen) in Verbindung stehe und bei bestehender einfacher oder entzündlicher Stase sowohl flüssige wie feinkörnige Substanzen aus ersterem in letztere übertreten können, sowohl bei Injektion nach dem Tode als auch während des Lebens. Ueber die Oeffnungen in den Wandungen der Kapillaren, durch welche diese Verbindung vermittelt wird, hat Ustow kein entscheidendes Resultat erzielt, tritt übrigens der Ansicht Arnold's bei, dass die Stigmata keine konstanten Bildungen sind, sondern nur stellenweise Erweiterungen der zwischen den Endotelzellen vorhandenen, durch eine zähe Flüssigkeit ausgefüllten Zwischenräume. (Allg. med. Centralzeitung, 1877, 25. August.)

Die Frage: „Welches ist die Säure des Magensaftes?“ wurde jüngst in der Pariser Gesellschaft für Biologie von Prof. Béclard wie Dr. Laborde ausführlich besprochen. Ersterer behauptete: Die Diskussion über das Vorhandensein einer freien Säure im physiologischen Magensafte bezieht sich darauf, ob diese Salz- oder Milchsäure sei? Das Destillationsprodukt des Magensaftes ist neutral (Cl. Bernard und Barreswill), die Salzsäure ist aber eine sehr flüchtige Säure. Bei fortgesetzter Destillation wird das Destillat nun schwach sauer, gibt aber noch mit Silbersalpeter kein Präzipitat von Chlorsilber; bei noch weiterer Destillation erscheint endlich eine sehr starke saure Reaktion und nun erhält man auch ein Präzipitat von Chlorsilber. Die Salzsäure ist somit erst aus den Chloriden durch den zersetzenden Einfluss der Milchsäure frei geworden, sagen Cl. Bernard wie Barreswill, und Béclard ist auch

dieser Meinung. Die Analysen Schmidt's, welcher die freie Salzsäure im Magensafte nachgewiesen haben will, erklärt Béclard für fehlerhaft, dieselben rechnen durch Dekomposition von Chloriden entstandene Salzsäure als freie Salzsäure. Ueber das Vorhandensein von freier Milchsäure dagegen kann kein Zweifel bestehen. Laborde hat aber neuerdings folgende Reaktion vorgezeigt: Wenn man Rohrzucker in eine Lösung von Salzsäure bringt (2 per Mille), so bildet sich Glykose, welche auf die Fehling'sche Lösung stark reduzirend wirkt. Eine gleich stark saure Lösung von Milchsäure, mit Rohrzucker versetzt, wirkt aber nicht reduzirend. Der Magensaft verhält sich wie eine Milchsäure-Lösung und man macht ihn sofort reduzirend, wenn man 2 per Mille Salzsäure zusetzt. Stärke mit verdünnter Salzsäure unter starkem Drucke erhitzt, wandelt sich in Dextrin und Glykose um; die Milchsäure hat diese Wirkung nicht, der Magensaft allein auch nicht, der Magensaft mit Salzsäure hat sie. Nimmt man endlich Violet de Paris (0,02 auf 1000 Wasser), so wird dasselbe durch Salzsäure (2 per Mille) sofort grün, bleibt durch Milchsäure unverändert, ebenso auch durch Magensaft allein, Magensaft mit Salzsäure aber macht die Lösung wieder sofort grün. Die Salzsäure ist also, wie diese sehr empfindliche Reaktion lehrt, auch nicht in geringster Menge im Magensafte enthalten. Dieselben Ergebnisse erzielte man auch mit dem frisch aus der Magenfistel eines Menschen entnommenen Magensafte. (La Tribune médicale, 1877, 460 u. 463.)

Die Durchschneidung der Ciliarnerven und des Nervus opticus als Ersatzoperation der Enucleatio bulbi in der Behandlung der sympathischen Ophthalmie empfiehlt Boucheron in der Gaz. méd. de Paris Nr. 37, 1876. Derselbe schlägt vor, in der Entfernung von 1 Ctm. vom Rande der Kornea, zwischen dem oberen und dem äusseren geraden Augenmuskel, die Konjunctiva und die Tenon'sche Kapsel zu durchtrennen, durch die Wunde mit einer krummen Scheere einzugehen, den Opticus zu durchschneiden, sodann mit einer Pincette, die durch die Konjunktivalwunde eingeführt wird, an einer Stelle der hinteren Hemisphä des Augapfels denselben zu erfassen, so drehen, dass die hintere Hemisphäre na vorne zu stehen kommt und dann die et noch stehenden Ciliarnerven zu durchschn den. Die Durchtrennung der Sehne ei der geraden Augenmuskeln soll wegen für die Ernährung des inneren Auges no wendigen Schonung der vorderen Ciliararter gemieden werden. Die klinische Erfahr hat gezeigt, dass das Auge eine solche O ration überstehen könne, ohne atrophisch werden. Boucheron sah einen Soldat dem eine Kugel zu einer Schläfe hinein- zur anderen herausgetreten war und die Op und Ciliarnerven durchtrennt hatte. Die Bu erhielten sich mit vollständiger Klarheit ih Medien und ophthalmoskopisch konnte n einige Monate nach der Verletzung an Ste der Papillen grosse weisse Narben seh Knapp beschreibt einen Fall, in welch bei Entfernung einer Geschwulst mit Erha ung des Bulbus Opticus und Ciliarner durchschnitten wurden und doch die Fu des Augapfels und die Durchsichtigkeit d Medien keine Aenderung erlitten. —

Arnstein hat aus pathologisch-anatom schen Befunden den Schluss gezogen, da — entgegen der Virchow'-Frerichs'sch Ansicht — die Melanämie bei Febr intermittens der primäre, jedoch ein ras vorübergehender Zustand sei, welcher d Melanose der Milz, der Leber und des Kn chenmarks Platz machte. Prof. Mosler h einen Patienten beobachtet, bei welchem d Melanämie längere Zeit hindurch nachgewies werden konnte. Während des Fieberanfalls wurden zahlreiche Pigment-Moleküle un Pigment-Schollen frei im Blute schwimmen gefunden, die allmählig verschwanden, ab auch an fieberfreien Tagen in geringer Men gesehen wurden. Die weissen Blutkörp waren bei dieser Fieberperiode nicht ver mehrt, zeigten dagegen etwa 14 Tage spät eine mässige Zunahme. Das Pigment hat die Gestalt von dunklen Schollen, die nich in den weissen Blutkörpern enthalten war und von denen ungefähr 8 in einem Gesichts felde gezählt wurden. (Virchow's Archi Bd. 69 S. 369 ff.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

10. *Erlangen*, am 6. Oktober 1877.

...entlich
...en von
...seiten.
jährlich
4 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

. Die Uterusschleimhaut während der Menstruation. Ueber Embolie. Die Anuskontraktur bei Kindern. Zur Lehre von der Fettembolie. Das zuckerbildende Ferment der Leber. Verfahren zur Erzielung kurzer Anästhesie für kleine Operationen.

Dr. Christian Gerhard Leopold zu ...zig theilt im „Archiv für Gynäkologie", 1, p. 110, 1877, Studien über die ...russchleimhaut während der ...struation mit. Die Frage nach dem ...en der Menstruation und Ovulation ist in ...neuesten Zeit wieder mit besonderer Vor... behandelt worden und es wurden dabei die Berechnung der Schwangerschaft ...entlich neue Momente vorgebracht. Be...ntlich galt bisher die Ansicht, dass mit Blutung gewöhnlich ein reifer Follikel ...öffnet, dessen Ei bei nachfolgender ...wangerschaft das befruchtete ist; die ...eren Forschungen suchen es als richtiger ...zustellen, dass nicht das Ei der letzten, ...dern der zuerst ausbleibenden Periode ...befruchtete sei, und dass demnach die ...wangerschaft anders als bisher berechnet ...rden müsse. Zur Klärung dieser wichtigen ...ge müssen zunächst anatomische That...chen zu Hilfe genommen werden. Hierbei ...eine möglichst strenge Auswahl unter den ...Grunde zu legenden Fällen nothwendig. ...die Uterusschleimhaut bekanntlich bei ...schweren, besonders akuten und Infektions...rankheiten oft erheblich alterirt wird, so ...nd alle derartigen Sektionsergebnisse aus...schliessen; es bleiben demnach nur Fälle ...n plötzlichen Todesursachen oder ganz ...rzen plötzlichen Erkrankungen übrig, und ...n Todesfällen nach lange dauernden Krank...eiten können höchstens solche herangezogen ...rden, bei welchen nachweislich der Menstruationstypus, sowie Uterus und Ovarien nicht alterirt worden sind. Ferner müssen die zu Grunde zu legenden Fälle mit einer ganz sicheren Anamnese über den bestimmten Eintritt der letzten und den Verlauf der früheren Regeln versehen sein und endlich erfordert jede Beobachtung eine möglichst ausführliche Schilderung der Verhältnisse an den Ovarien und Tuben sowohl wie an der Uterusschleimhaut. Nach diesem Prinzipe reduzirt sich das von Verf. selbst gesammelte sowie das von Anderen gelieferte Material sehr wesentlich, doch fallen solche ganz sichere Fälle schwerer in's Gewicht als eine grössere Anzahl mit ungenauen Angaben. — Die Entwicklung der Uterusschleimhaut sowohl wie die der Eierstöcke ist von der Konstitution des Gesammtorganismus abhängig. Schon bei unverheiratheten Gesunden fällt es auf, wie ganz anders bei gleichen intermenstrualen Zeitpunkten die Schleimhaut sich bisweilen darstellt: bei kräftigen Mädchen weich, etwas locker, oft $2-2^1/_2$ Mm. stark, bei anderen fest, derb, kurz, straff angeheftet, höchstens $1-1^1/_2$ Mm. stark; bei zarten Personen bisweilen ausserordentlich fein; nach konsumirenden Krankheiten schmal und atrophisch; bei Verheiratheten und Mehrgebärenden stärker injizirt, mehr geschwollen, weicher; während akuter und chronischer Krankheiten endlich in einem Zustande fortwährender Hyperämie und Anschwellung. Bei gleich alten kräftigen Mädchen findet man die Ovarien bald gross, kräftig, prall gespannt, mit zahlreichen dem

Platzen nahen Follikeln versehen, bald sind diese Momente nur mässig angedeutet; bald sind die Ovarien nach gleich langen schweren Krankheiten nur wenig alterirt und haben regelmässige Corpora lutea und neue Follikel gebildet, bald sind sie in ihrer Entwicklung auffallend gehemmt. Derartige Verschiedenheiten bei sonst gleichen Bedingungen weisen auf beträchtliche individuelle Schwankungen hin, welche selbstverständlich bei dem Studium der Menstruation nicht ausser Acht gelassen werden dürfen. — Um nun ein chronologisch geordnetes Bild der Uterusschleimhaut und der Ovarien vom ersten Tage der Menstruation an bis zum Wiedereintritte derselben zu geben, theilt Leopold seine eigenen sechs Beobachtungen im Zusammenhange und Vergleiche mit dem bisher Bekannten und Verwerthbaren mit. Leider fehlen Beispiele aus der Zeit vom 10. — 18. Tage seit Beginn der Menstruation gänzlich; es sind daher exakte Beobachtungen aus dieser gerade sehr wichtigen Zeit noch abzuwarten. Es würde verfrüht sein, aus den anatomischen Thatsachen schon bestimmte Schlüsse zu ziehen und betreffs der Konzeption und Schwangerschaftsberechnung Theorieen zu bauen. Die Ergebnisse der Untersuchungen lassen sich folgendermassen kurz zusammenfassen. Durch die Periodizität der Blutung ist die Schleimhaut des Gebärmutterkörpers den auffälligsten Wandlungen unterworfen. Der Muskulatur ziemlich straff, ohne Submucosa, angeheftet ist die innerste Lage der Gebärmutter, die Schleimhaut, entgegen der noch kürzlich von Snow, Beck u. A. vertretenen Ansichten, eine so scharf von der Muskulatur zu unterscheidende Haut, dass schon aus anatomischen Gründen der Name „Schleimhaut“ als richtig beibehalten werden muss. Dieselbe schwillt von einer Höhe von 2—3 Mm. während der Menstruation bis zu deren Wiedereintritt auf 6—7 Mm. Dicke an, um mit der Blutung wieder auf den ersteren Dickendurchmesser herabzusinken. Bei dieser Schwellung erfährt die innere Oberfläche eine eigenthümliche wellenartige Faltung, wodurch Vorbuchtungen nach der Uterushöhle zu entstehen. Wenn nun schon im nicht menstruirenden Uterus die vordere und hintere Wand desselben sich beinahe berühren, so wird, je näher dem Wiedereintritte der Menstruation, die Höhle immer mehr verschwinden. Die Schleimhaut setzt sich aus Drüsen, Gefässen und einem eigenthümlichen Zwischengewebe zusammen. Letzteres besteht aus kleinen Zellplatten mit ovalen Kernen und spitzen, unter einander zusammenhäng den Ausläufern. Diese Zellplatten bilden und mehrfache röhrenartige Scheiden die Blutgefässe und Drüsen, stellen somit Membrana propria der letzteren dar und sen zwischen sich ein Lückensystem k munizirender Hohlräume, die als die Lym bahnen der Schleimhaut zu bezeichnen s welche in die grossen Lymphgefässe Muskelhaut übergehen. An der Gränze Muskulatur und der Schleimhaut sieht m besonders auf Querschnitten der erste wie die Zellplatten sich in die Einbuchtu der Schleimhaut einsenken und noch Strecke weit mit dem intermuskularen Bi gewebe fortlaufen. Hier ist auch die S wo bei der anschwellenden und später blu den Schleimhaut die Wachsthumsvorgä der Zellplatten bis zur Bildung von Rie zellen am besten wahrgenommen werden. der Anschwellung der Schleimhaut vermeh sich diese Zellplatten durch die beka Kerntheilung, jedoch nicht in dem Ma wie man bei dem Grade der Anschwel erwarten sollte. Die Schleimhaut wird lockerer, sammetartig weicher, ist eher matös. Dem entsprechend nehmen die D beträchtlich an Länge zu und erweitern schon in der Tiefe, während die Gefäss kurz vor Eintritt der Blutung noch nicht merkenswerth erfüllt sind. — Kundrat Engelmann suchen den Grund des eintrittes in einer fettigen Degeneration Zellen des Intraglandulargewebes, der Ge und der Epitelien der Drüsen und der fläche. Diese Degeneration soll sich einem bestimmten Maasse der menstru Schwellung entwickeln und zur Zerreis von Gefässen sowie zur Blutung führen. Verfasser ist es wahrscheinlicher, dass Vorgang der Blutung folgender ist: W Tage vor ihrem Beginne ist die *geschwo* Schleimhaut noch völlig intakt und nirgends fettige Degeneration oder stä erfüllte Blutgefässe. Tritt nun in Folge ovarialen Verhältnisse eine akute Hyperä des Uterus und der Tuben ein, so schwe auch die Schleimhautgefässe beträchtlich die oberflächlichen Kapillaren *sind strotz* mit Blut erfüllt und können um so leich an Kaliber zunehmen, als das umgebe aufgelockerte Gewebe diese Schwellung unterstützen wird. Aus diesen erweiterte fast blossliegenden Kapillaren findet mehrere Tage lang ein Austritt von roth und weissen Blutkörperchen in *die nächs*

ngebung Statt, wodurch das Epitel und nur
e oberste Zelllage der Schleimhaut und die
rüsenmündungen unterminirt und abgehoben
rden. Wenn nun von einer stärkeren oder
nlichen Abstossung der Schleimhaut bei
r Menstruation, wie Williams behauptet,
ine Rede sein kann, so werden andererseits die Vorgänge auf der Oberfläche durch
e Anordnung der Gefässe hinreichend erärt. Denn durch zahlreiche Arterien, welche
ch ihre Spiralen den Blutstrom zwar verngsamen, aber die Blutmenge bedeutend
mehren, tritt das Blut in die Kapillaren
Oberfläche ein. Hier wird der Blutstrom
derum aufgehalten und die Blutmasse noch
hr gesteigert theils durch die enormen
eiterungen der Kapillaren, theils durch
verhältnissmässig so spärlichen Venen
Schleimhaut; die Blutung bei der Menstruation ist daher eine kapillare. — Mit dem
Eintritte der Blutung kommen aber noch andere Veränderungen zum Vorscheine. Die
Schleimhaut schwillt durch das Ausbluten ab,
sinkt gewissermassen wieder zusammen.
Hier verdichtet sich das vorher lockere Gewebe wieder und die früher in die Länge gezogenen Drüsen können sich dabei nicht anders konfiguriren, als dass sie zu spiraligen
oder ausgebuchteten Gängen werden. Die
Drüsenmündungen sind daher weit offen und
ein senkrechter feiner Schnitt durch die
Schleimhaut zeigt schon dem unbewaffneten
Auge ein fein durchbrochenes Netzwerk. Mit
dem Aufhören der Blutung etwa am 5. — 6.
Tage nach Beginn derselben geht die Regeneration der wunden Schleimhaut Hand in
Hand. Dieselbe kann in einem normalen
Uterus in kurzer Zeit, vielleicht schon in
einem Tage nach Aufhören der Blutung vollendet sein, da nur die Oberfläche der Schleimhaut sich neu zu bilden hat; eine bestimmte
Zeit ist bisher noch nicht festgestellt. Der
Vorgang der Regeneration selbst ist einfacher
als bisher angenommen wurde; indem die abschwellenden Gefässe der Oberfläche gewissermassen die Gränze der Schleimhauthöhle bilden, werden zunächst die ausgetretenen Blutkörperchen theils resorbirt, theils abgestossen,
die oberflächlichen Lücken füllen sich durch
Vermehrung der Zellplättchen aus und von
dem Cylinderepitel der Drüsen wachsen junge
Zellen ringsum nach aufwärts, um das Zwischengewebe mit einer Decke zu bekleiden.
Ueberschlägt man die Zeit vom 10. bis zum
18 Tage, so zeigt sich von nun an bis zum
Wiedereintritte der Periode die Schleimhaut
übereinstimmend in zunehmender Verdickung
von 4 — 7 Mm. Dicke, Decidua menstrualis;
immer schwellen dabei die Gefässe ab, aber
die Drüsen nehmen an Länge und Weite in
der Tiefe zu und das Gewebe wird wieder
locker und weich. Somit befindet sich die
Schleimhaut in einem periodischen Wechsel,
in fortwährender progressiver und regressiver
Metamorphose, und es frägt sich nur noch,
ob auch die Ovarien dabei regelmässig periodische Veränderungen darbieten. — In Bezug
auf die Frage, ob die Menstruation von
der periodischen Reifung der Follikel in den Ovarien abhängig ist
oder nicht, drängt sich unter Berücksichtigung der von Leopold mitgetheilten Fälle
unwillkürlich der Gedanke auf, dass die Vorgänge in Ovarien und Uterus doch in einem
kausalen Verhältnisse stehen und in zeitlicher
Regelmässigkeit sich neben einander abwickeln,
obgleich sich in diesen Fällen auch mancherlei
findet, welches nicht in diese Regelmässigkeit
passt, und dass daher die bisherigen Beobachtungen noch lange nicht genügend sind.
Halten wir uns aber vorläufig an dieselben,
so gestaltet sich das Bild folgendermassen:
Etwa 7 Tage vor der nächsten Periode, zu
einer Zeit, woselbst die Gebärmutterschleimhaut bereits geschwollen ist, findet sich dicht
unter der Eierstocksoberfläche bereits ein
erbsengrosser Follikel, welcher zunächst zum
Bersten fertig erscheint. Das jüngste drei
Wochen alte Corpus luteum hat schon eine
gelbe, breite und gezähnte Rinde. Zwei Tage
vor der nächsten Periode findet sich ein
erbsengrosses Corpus luteum mit gelben, zackigen Rändern — 4 Wochen alt — unter der
nächst-frischen Narbe; daneben ein reifer
Follikel, bereits geborsten und kollabirt, jedoch ohne Blut. Das Ovulum ist schon ausgetreten, die stark geschwollene Uterinschleimhaut aber blutet noch nicht. Am ersten Tage
der Menstruation ist ferner der gereifte Follikel schon im Rückgange seit vielleicht einem
oder zwei Tagen; er füllt sich mit Blut, neben
ihm zeigt sich ein zweiter Follikel, noch nicht
reif, aber so prall gespannt, dass er täglich
bersten könnte. Am zweiten Tage findet sich
ein geborstener und kollabirter Follikel, welcher wenige Tropfen Blut enthält. Den nächsten, dritten Tag erscheint die Follikelhöhle
ausgedehnt und mit Blut erfüllt. Am 4. Tage
zeigt sich der geborstene Follikel mit halb
geronnenem Blute gefüllt und mit lappigen
Rändern an der Oeffnung; im Uterintheile
der Tuba befindet sich das Ovulum. Am

5. Tage erscheint ein rundes, mit schwarzem Blute erfülltes Corpus luteum, dessen Wand sich bereits stärker und gefalteter abhebt. Am 7. Tage ist das Corpus luteum 13 Mm. stark, mit grauem Koagulum und gezackter gelber Rinde. Am 9. und 10. Tage ist dasselbe haselnussgross, prallgefüllt mit braunrother Masse und mit gelbröthlicher Rinde. In einem Falle aus dieser Zeit fand sich daneben noch ein grosser, prominenter gespannter Follikel wie am ersten Tage. Endlich am 18. Tage hat man ein 2.5 Ctm. starkes Corpus luteum mit schwarzem Inhalte und gelben gewundenen Rändern. — Somit ergibt sich aus diesen Fällen, dass von einer Periode zur anderen ein geborstener Follikel sich immer mehr zurückbildet und unterdessen vor der neuen Blutung ein neuer Follikel nach dem Rande zu vorwächst und endlich aufbricht. Da nun aber die bis jetzt vorliegenden Beobachtungen noch keinen Aufschluss darüber geben, ob der Typus ein regelmässiger ist, ob der Follikel immer vor der neuen Blutung aufbricht oder auch während derselben, ob ein Follikel auch in der Zwischenzeit einmal reifen und bersten kann, was ferner aus den beiden anderen prallgespannten Follikeln in den Fällen vom ersten und zehnten Tage wird, ob dieselben bis zur nächsten Periode warten oder ob sie auch auf einen plötzlichen Reiz, z. B. durch Koitus, aufbrechen, so ist es unmöglich, schon so bestimmt, wie dies Mehrere gethan haben, eine neue Schwangerschaftstheorie aufzustellen, welche dahin geht, dass nicht das Ei der letzten, sondern der zuerst ausbleibenden Periode das befruchtete sei. Gewiss kann die Befruchtung recht gut auch ein Mal das Ei der ersten ausbleibenden Periode betreffen, ob aber dieser Vorgang der allgemeine und regelmässige ist, wie Reichert und Andere wollen, ist eine ganz andere Frage. Denn wie würde der Hergang in den nicht seltenen Fällen sein, in welchen z. B. am achten Tage nach Eintritt der letzten Periode nur ein einziger und befruchtender Koitus stattfindet: bleiben dann die Samenfäden so lange konservirt, bis das Ei der nächst erwarteten Periode austritt oder wird nicht vielmehr das bei der letzten Blutung ausgetretene Ei befruchtet? Nach der alten Theorie würde in einem solchen Falle das Ei schon seit 10 Tagen den Follikel verlassen haben und in die Gebärmutterhöhle gelangt sein. Während seiner Wanderung durch die Muttertrompete gleitet das Ei durch Schleim- und Blut-Körperchen und liegt wahrscheinlich in der Gebärmutter noch auf d wunden Schleimhaut, welche sich unter de Ei regenerirt. Ist aber dieses letztere achten Tage wohl erhalten auf der regener ten Gebärmutterschleimhaut, so müsste di sofort zur Decidua werden, etwa eine Wo früher als sie es normaler Weise gethan hä Es würden dann nach Reichert zum re lären Ablaufe der Fortpflanzung zwei auf e ander folgende Menstruationsperioden gehö deren eine das Ei lieferte, während die and nach der Befruchtung die Einkapselung sorgte; bei der letzteren wäre dann das a getretene Ei, bei der ersteren die gebild Decidua menstrualis völlig überflüssig. Hi gegen lässt sich aber bemerken, dass Ovulum der nächsten Periode desshalb nic überflüssig würde, weil nach der bisheri Annahme vom Sistiren der Ovulation wäh der Schwangerschaft ein Follikel gar nic mehr berstet. Erscheinen nun auch Schwierigkeiten von Seiten der Decidua nic so bedenklich, so bleibt es nur auffällig, d die Befruchtung im Uterus und nicht, w man bisher annahm, im Infundibulum od im Weiterverlaufe der Muttertrompete erfolg würde. — Weniger Schwierigkeiten bietet d neue Theorie. Findet am achten Tage e einziger, befruchtender Koitus statt und d Ei tritt am 26. Tage aus, so müssen Samenfäden allerdings 18 Tage lang erhalt bleiben — eine Annahme, welche den Erfah ungen der Embryologie nicht widerspric Hierauf gelangt das befruchtete Ei sofort a einen vorbereiteten Boden und die nächs Periode bleibt aus oder tritt nur noch schwa auf. Je näher der nächsten Periode ein ei ziger befruchtender Koitus stattfindet, um s leichter würde nach der neuen Theorie Kon zeption eintreten, nach der alten aber müss bei einem einzigen Koitus, z. B. am 23. Tag das Ei der letzten Periode mindestens 23 bi 24 Tage befruchtungsfähig geblieben sein was sehr unwahrscheinlich ist. Wenn de erste Follikel für gewöhnlich wirklich vor de Blutung berstet, so passt die neue Theorie vortrefflich, wenn aber erst zu Anfang oder während dieser Blutung, dann ist sie schwe damit in Einklang zu bringen. Es drängt sich daher noch eine Frage auf, die von Slavjansky u. A. bejahend beantwortet worden ist, ob nicht auch in der intermenstrualen Zeit ein Follikel bersten und befruchtet werden kann. Ist dies der Fall, wofür aber noch keine exakten anatomischen Belege vorliegen, dann hat die Erklärung der

fruchtung betreffs des zeitlichen Verhältses keine Schwierigkeit. —

Dr. Bouillon Lagrange (Vater) hat e Reihe von Aufsätzen „Ueber die Beigungen der Heilbarkeit der Emlie“ in der Gaz. hebdomad., 2. Serie, XIII, 10—19, veröffentlicht. In dem ersten selben berichtet er über 16 Fälle von Emie, von welchen 15 mit Heilung endeten, rend in dem letzten noch unter seiner bachtung stehenden Falle die Genesung erwarten ist. Zwölf Fälle sind der Literaentnommen, drei hat er selbst und einen Sohn behandelt. In einem der letzteren delt es sich um eine Thrombose der Vena alis postica nach Kontusion der rechten de, in Folge deren zuerst ein hämorrhaher Lungeninfarkt, dann nach einigen en eine unvollständige cerebrale Hemigie, dann eine Obliteration der linken eria radialis und zuletzt eine successive literation der Kruralvenen der rechten Seite trat. In einem anderen folgten der Obliation der varikösen Vena cruralis der einen de zuerst derselbe Vorgang an der Vene anderen Seite, dann Erscheinungen, welche mbedeutendere Embolieen in den Lungen deuten schienen. In dem von dem Sohne Verfassers behandelten Falle entwickelten nach Kontusion und Fraktur des Unternes Thrombose einer Armvene, darnach rechtsseitiger hämorrhagischer Lungenarkt, später heftige Schmerzen in den Waden Pulsationen der Arterien und eine leichte kseitige Pleuropneumonie. Bei dem noch ht vollständig abgelaufenen Falle des Verf. standen Koagulationen in einer varikösen henkelvene bei einer älteren Frau, darauf rechtsseitiger Lungeninfarkt, dann eine tzliche Erstarrung und ein Taubheitsgefühl rechten Arme und Beine, weiterhin ein bedeutenderer Infarkt der linken und eine hrscheinlich von dem älteren Infarkte ausgangene Entzündung der rechten Lunge. ie später mitgetheilt wird, bekam dieselbe anke später eine sehr kurz dauernde linksitige Hemiplegie, dann trat langsam die konvalescenz ein. — Bouillon-Lagrange eilt die Fälle ein in Embolie bei einer legmasia alba dolens (5), bei Frakturen (3), ei Varicen (3), nach Kontusion (1), nach phoidem Fieber (1), bei Gicht (1) und bei erzkrankheit (1). — Nach Besprechung der Symptome geht er zu dem pathologischen Befunde in den Fällen über, in welchen Heilung von einer Embolie eingetreten war. Es werden zehn Fälle aus der Literatur angeführt, in denen bei der Sektion die Folgezustände früherer Embolieen gefunden wurden: Arterienverödung mit Dilatation der Kollateralen, adhäsive Entzündung um den Embolus und kavernöse Metamorphose der nach Embolie thrombosirten Gefässe, Infarktbildung mit ihren weiteren Folgen und Entstehung sekundärer Embolieen durch abgerissene Stücke des primären Embolus oder von thrombosirten Gefässen des Infarktherdes her. Diesen Beobachtungen reihen sich die Resultate der Experimental-Untersuchung an. Hier werden die Arbeiten von Virchow, Panum, Bergmann, Busch, Cyon und Feltz hervorgehoben. Um noch eine breitere Basis für die ferneren Schlüsse zu gewinnen, gibt Verf. eine kurze Uebersicht des gegenwärtigen Standes der Lehre von der Embolie. Es ergeben sich darnach verschiedene Möglichkeiten des Ausgleiches einer eingetretenen Embolie: zunächst die Ausbildung eines Kollateralkreislaufes, dann das Wegsambleiben eines Theiles des Gefässlumens bei nicht völlig obstruirendem Embolus, ferner die Vernarbung nach Infarktbildung. Bei der Form der Kapillar-Embolie, bei welcher nur kleine Gefässbezirke ausser Cirkulation gesetzt werden, kann es noch geschehen, dass die Emboli durch das Kapillarsystem hindurchpassiren und erst in einem anderen Gefässgebiete sekundäre Embolieen hervorrufen. — In dem vierten Aufsatze bespricht Verf. eine besondere Form der Koagulation in den Venen der Unterextremitäten. Bei Venenthrombose des einen Beines kann sich sehr rasch und unter stürmischen Erscheinungen eine Thrombose der Kruralvene der anderen Seite dadurch entwickeln, dass sich ein losgerissenes Stück des ersten Thrombus in die Einmündung der Vena iliaca der anderen Seite in die Cava inferior legt. Diese besondere Form soll sich immer durch starke Anschwellung und Schmerzen in der ganzen Extremität von einer durch Mangel der Cirkulationsthätigkeit bedingten und langsam eintretenden Thrombose unterscheiden, bei welcher die Anschwellung geringer und Schmerzen und entzündliche Erscheinungen auf die unmittelbare Nähe des verschlossenen Venenrohres beschränkt sind. Bei letzterer ziehen die Kranken die Anwendung der Wärme vor, während bei jener ein dringendes Verlangen nach Kühl-

ung vorhanden ist. — Im weiteren Verlaufe werden besonders die sekundären Embolieen ausführlich besprochen, die in drei der oben von uns kurz skizzirten Fälle vom Verfasser selbst beobachtet wurden. — Im letzten Artikel werden pathogenetische und praktische Schlüsse mitgetheilt. Bouillon-Lagrange stellt folgende Formen der heilbaren Embolieen auf: 1) Solche, bei denen grössere oder kleinere Gefässe verstopft sind, die Symptome aber, obgleich sie manchmal sehr bedrohlich erscheinen, doch nur vorübergehend sind: die arterio-pulmonale oder vaskulare Form. 2) Solche Fälle, bei welchen mehr oder minder ernste Erscheinungen von Seite der Lunge sich den Symptomen der ersteren Kategorie anreihen: die pulmonale Form. 3) Fälle, in welchen den Initialsymptomen und denen der Lungenläsion Symptome von sekundären Embolieen im Körperarteriensysteme nachfolgen: die Form der „Embolies secondaires consécutives". — 4) Fälle, in denen ohne besondere Symptome von Seite des Herzens oder der Lunge sich sekundäre Embolieen entwickeln, in welchen also die sehr feinen Emboli das Gefässsystem der Lunge, ohne Störungen zu veranlassen, passirt haben: die „Embolies secondaires d'emblée ou primitives". Die praktischen Schlüsse enthalten Hinweise auf die Diagnose und Prognose der Embolieen. Bei der Behandlung empfiehlt Verfasser vor Allem konsequente Ruhe prophylaktisch bei allen mit Blutgerinnung verbundenen Zuständen und auch noch nach Eintritt einer Embolie. Die Cirkulation soll durch Digitalis oder Aconit beruhigt werden. Vor allgemeinen Blutentziehungen wird gewarnt. —

Im „Nordiskt medicinsk arkiv", VIII, Heft 4 Nr. 26, veröffentlicht A. Kjellberg zu Stockholm eine Arbeit über Contractura ani bei Kindern. Diese Bezeichnung muss nach ihm dem gebräuchlichen Namen „Fissura ani" vorgezogen werden, weil dieselbe die Natur der Krankheit prägnanter ausdrückt, insoferne der Krampf ein wesentlicheres Symptom ist als die Fissur. Das Leiden ist, wie bereits Abelin und Gautier zeigten, bei Kindern keineswegs so selten, wie man gewöhnlich annimmt, und kommt selbst bei Säuglingen ziemlich häufig vor. In der mit dem Stockholmer Kinderspitale verbundenen Poliklinik kamen unter 9098 behandelten Kindern 3371 (1805 Knaben und 1566 Mädchen) von einer Jahre und darunter vor, von welchen 1 (50 Knaben und 53 Mädchen) an Contractura ani litten. Die Mehrzahl der letzteren fällt auf die vier ersten Lebensmonate, nämlich (39 Knaben und 34 Mädchen) bei 17 (954 Knaben und 750 Mädchen) krank Kindern dieser Periode. Prozentisch ausgedrückt bildet die Krankheit 3.06 pCt. der E krankungen im ersten Lebensjahre, 2.77 p für die Knaben und 3.39 pCt. für die Mädch für die Kinder aller Lebensalter 1.40 p (1.36 pCt. für die Knaben und 1.44 pCt. die Mädchen). Das weibliche Geschlecht somit etwas prädisponirt. Wie schon Boy angab, ist das Leiden gar nicht selten an boren. In diesem Falle ist der Sitz desselb häufiger der Sphincter internus als der Sphi ter externus. Die Contractura ani conge verbindet sich stets mit hartnäckiger Obsti tion, welche die Anwendung von Abführmitt oder Klystiren erfordert und, namentlich wo ihr Sitz am äusseren Schliessmuskel ist, Schmerzen bei der Defäkation sich verbin Die Einführung des Fingers ist stets re schmerzhaft. Ist der Sphincter internus troffen, so findet man beim Touchiren 1—2 oberhalb des Orificum ani ein Hindernis Gestalt eines die Spitze des eingeführten gers einklammernden Ringes. Die gewalts Dilatation ist hier viel leichter als bei Af tion des Sphincter externus; manchmal nügt schon die Einführung von Suppositor und in späterer Lebenszeit führt bisweilen Abgang härterer Fäkalmassen zur komplet Heilung. Hieraus erklärt sich die Sponta heilung mancher Fälle angeborener hartnäc ger Verstopfung, welche auf Kontraktur nicht auf der fälschlich supponirten Verschlie ung in Folge von Entwicklungshemmung Rektum beruhen. Die Contractura ani acqu sita hat immer ihren Sitz im Sphincter exte nus und harmonirt bezüglich ihrer Symptom tologie mit dem Krankheitsbilde bei Erwac senen, doch sind die Schmerzen in Folge d relativ weniger entwickelten Kraft des Muske bei Kindern im Allgemeinen unbedeutend obschon sie sich auch ziemlich weit ausdehne können. Bisweilen beobachtet man Dysuri meist Verstopfung; konstant ist letztere ab ebensowenig wie das gleichzeitige Vorhande sein von Fissuren. Fissura und Contractur ani können ganz unabhängig von einande vorkommen; in Fällen gleichzeitigen Vorhan denseins lässt sich oft nicht entscheiden welche Affektion die primäre ist, immer abe

die Kontraktur das wesentliche Leiden, ches den nächsten Angriffspunkt der rapie bilden muss. Je älter die Kinder , um so mehr ist das Krankheitsbild dem- en der Erwachsenen gleich; Verstopfung, nerz, Abneigung gegen Defäkation, bei plikation mit Fissur kleine Blutungen harten Entleerungen, endlich der zu- menschnürende Ring, den man mit dem eführten Finger wahrnimmt, lassen die gnose leicht stellen. Eine sehr unange- ne Komplikation bildet, in jüngeren Lebens- oden namentlich, das Vorhandensein eines nischen Intestinalkatarrhes, dessen Be- gung in allen Fällen zu erstreben ist. llberg ist überzeugt, dass ein solcher urrh, zumal wenn er seinen Sitz in dem ren Theile des Kolons hat, die Ursache einer Kontraktur des Sphincter werden n, indem Irritation der Muskelfasern des ons und Rektums zu einer Reizung des liessmuskels und damit zu einer Kontrak- desselben führen kann. Noch klarer wird Aetiologie, wenn auf die Durchfälle Ver- stung folgt. Andere Ursachen des Leidens Erosionen in der Nähe des Anus, hart- kige Obstipation, Oxyuris u. A. m. — Die lung der Contractura ani geschieht am chsten nach der Methode von Maison- ve durch gewaltsame Dilatation. Bei gsten Kindern genügt es, den beölten finger in seiner ganzen Länge schnell uführen und einige Augenblicke in loco belassen. Bei grösseren Kindern dilatirt n wie bei Erwachsenen mittelst Einführung ider kleinen Finger. In der Zeit nach der eration, welche recht gut ohne Chloroform er ein anderes Anästhetikum ausgeführt rden kann, ist einige Tage hindurch für iche Stühle zu sorgen und die sorgfältigste inlichkeit zu beobachten. —

Aus dem pathologischen Institute zu München röffentlicht Dr. A. Halm Beiträge zu der ehre von der Fettembolie. Diese Arbeit, elche die bisherigen Veröffentlichungen über en in Rede stehenden Gegenstand berück- chtigt, gründet sich theils auf klinische Be- bachtungen, theils auf Versuche an Thieren. bei letzteren wurden verschiedene Knochen- erletzungen gesetzt, von der einfachen Frak- ur bis zur vollständigen Zertrümmerung, da lie bisherigen Erfahrungen lehren, dass Kno- henverletzungen am häufigsten Anlass zur Fettembolie geben. Halm fand bei seinen Versuchen nach jeder Knochenverletzung, bei welcher auch das Mark interessirt war, Fett- embolie, und zwar stand die Massenhaftigkeit und Ausbreitung der letzteren in geradem Verhältnisse zur Intensität der Markverletz- ung. Die Zeit, innerhalb welcher die Fett- embolie nach der Verletzung eintritt, wurde schon von Busch als sehr kurz angegeben; bei einem Versuchsthiere, welches unmittelbar nach Erzeugung des Knochenbruches durch Chloroform-Asphyxie verendete, fand Verf. massenhafte Fettembolie der Lungen, des Herzens, der Leber und der Nieren. Es be- ginnt also die Aufnahme des Fettes in das Gefässsystem unmittelbar nach der Verletz- ung und kann sehr schnell einen hohen Grad erreichen; dagegen gibt es klinische Beob- achtungen, bei welchen nach verhältnissmäs- sigem Wohlbefinden des Kranken erst einige Tage nach der Verletzung die Erscheinungen der Fettembolie auftraten. In keinem Falle wurden hämorrhagische Infarkte, Entzünd- ungserscheinungen oder metastatische Abs- zesse gefunden, doch hatte die Embolie öfter punktförmige Ekchymosen zur Folge. — Die wichtigste Wirkung der Fettembolie ist die Verstopfung einer Anzahl von Kapillarbezirken der Lunge, in welcher die Embolieen am häufigsten gefunden wurden; dadurch wird in einigen Theilen der Lunge Anämie und in anderen Hyperämie erzeugt, es kommt zu akutem Oedeme, selbst zur Erweichung des Lungengewebes. Die Blutstauung im kleinen Kreislaufe hat eine Verminderung der Blut- menge im grossen Kreislaufe zur Folge. Was die Ausscheidung des Fettes aus den Gefässen betrifft, so erfolgt dieselbe theils durch die Nieren — schon 2—3 Tage nach der Verletz- ung wurde Fett im Harne gefunden — theils tritt das Fett durch die Kapillargefässwände in das umgebende Gewebe und wird von da allmählig resorbirt, dies wurde schon von Bergmann so dargestellt. — Aus dem bis- her Gesagten ergibt sich, wie auch Thier- versuche und klinische Beobachtungen bestä- tigen, dass Fettembolie sofort und direkt den Tod zur Folge haben kann, und zwar durch Blutstauung und Oedem der Lunge, durch Kohlensäureintoxikation und Anämie des Hirnes wie des verlängerten Markes. Die klinischen Erscheinungen der Fettembolie sind, mögen sie nun gleich oder erst längere Zeit nach der Verletzung auftreten, die glei- chen: allgemeiner Verfall, Blässe der Haut und der Schleimhäute, Cyanose des Gesichtes,

Schwäche, verminderte Sensibilität, Apathie, Athemnoth, Lungenödem, Beschleunigung des Pulses und der Respiration, Verminderung der Herzenergie, Kühle der Extremitäten und Herabsetzung der Körpertemperatur. Hämorrhagieen in der Netzhaut, wie sie Czerny nach Fettinjektionen beobachtete, sah Halm bei zwei analogen Versuchen nicht, dieselben sind also gewiss nicht konstant. Ebensowenig konnte er nach Zerquetschung des Unterhautfettgewebes und des Mesenteriums Fettembolie finden. Jedenfalls sind im Knochenmarke die Verhältnisse für die Fettaufnahme in die Blut- und Lymphgefässe am günstigsten. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1877, 15. Sept.)

Die DD. J. Seegen und Kratschmer versuchten aus der zerriebenen und durch Ausziehen mit Alkohol vollständig von Zucker befreiten Leber durch Digeriren mit Glyzerin das zuckerbildende Ferment der Leber zu isoliren. Dabei zeigte sich, dass in das Glyzerin nicht allein Ferment, sondern auch Glykogen übergeht. Das Ferment wirkt jedoch auf das Glykogen nicht ein, so lange man dem Glyzerin nicht Wasser zusetzt — eine Beobachtung, welche schon v. Wittich gemacht und durch den Hinweiss darauf erklärt hatte, dass der Zucker um ein Molekül Wasser reicher ist wie Glykogen, der Uebergang also ohne Wasser nicht stattfinden könne. — Auch Glykogen, in Glyzerin gelöst und mit getrocknetem Speichel in Berührung gebracht, zeigte keine Zuckerbildung, wohl aber nach Zusatz von Wasser. — Die Verff. bestätigen weiterhin die Angabe von Abeles, dass gekochter Leberbrei im Stande ist, Glykogen in Zucker überzuführen und sie vermögen das Gleiche auch für andere Gewebe festzustellen. Daraufhin untersuchten sie rein dargestellte Eiweisskörper bezüglich ihrer Eigenschaft, Glykogen in Zucker überzuführen. Eine wässerige Lösung von reinem Serumeiweiss mit Glykogenlösung gemischt bewirkte schon in einer Stunde eine Umwandlung in Zucker. Wurde das Serumeiweiss gekocht und dann mit Glykogen zusammengebracht, so trat die diastatische Wirkung später auf, wurde aber nach zwei Tagen sehr energisch. Ebenso wirkte Eieralbumin, nämlich Kaseïn; unwirksam dagegen war getrocknetes Fibrin in Folge seiner gänzlichen Unlöslichkeit in Wasser. Die geringsten Mengen Eiweisskörper sind also im Stande, Glykogen in Zucker überzuführen und enthalten diastatisches Ferment; kocht man die Eiweisslösung, so wird das Ferment zunächst zerstört, aber es bildet sich in einiger Zeit auf's Neue. (Pflüger's Archiv XIV S. 593.) —

Dr. Bonwill machte die Beobachtung, dass nach einer Reihe von tiefen und rasch auf einander folgenden Respirationen, wie z. B. nach einem rapiden Laufe oder Anfachen eines Feuers, gewisse Gesichts- und Sinnes-Störungen eintreten. Er folgerte daraus, dass diese Erscheinungen zur Erzielung einer sehr kurzen und wenig tiefen Anästhesie zu verwerthen wären, die noch für gewisse kleine Operationen, besonders für's Zahnziehen, vollkommen ausreichend sein würden. Dr. Hewson bestätigte diese Behauptung und erzielte mit Hilfe der angeführten Prozedur eine ausreichende Anästhesie für's Zahnziehen, für die Anlegung schmerzhafter Verbände, Untersuchung von Verwundungen, Katheterisation und in allen Fällen, in welchen durch Berührung sehr sensibler Partieen Schmerzen hervorgerufen werden. Um zum gewünschten Resultate zu gelangen, muss der Patient durch ungefähr fünf Minuten tief und häufig inspiriren. Der Autor, der an sich selbst das Experiment gemacht, überzeugte sich von der Richtigkeit dieser Thatsache. Nach einem gewissen Zeitraume, während dessen man eine besondere Sensation an der ganzen Oberfläche des Körpers, besonders jedoch an den Fingern, verspürt, fühlt man eine Verwirrung in den Vorstellungen und empfindet selbst eindringlichere Nadelstiche nicht, so lange eben die rasch wiederholten Respirationen dauern. (Gazette médic. de Strassbourg, 1877, 1.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 41. *Erlangen*, am 13. Oktober 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Statistik der Diphtherie. Die Ausführung der Rippenresektion. Instrumentelle Erweiterung des Mastdarmes zu operativen Zwecken. Ueber progressive perniziöse Anämie. Resultate aus Untersuchungen über das Sehroth. Ueber Erkältung. Die Metastasenbildung auf dem Wege der Embolie. Die Exzision der syphilitischen Initialsklerose. Zur Verhütung des Wiederaustrittes des Bruchsackinhaltes nach Radikaloperationen. Pityriasis rubra.

Dr. R. U. Krönlein gibt im Archive für klin. Chirurgie, 1877, Bd. XXI Heft 2 eine Uebersicht über sämmtliche Diphtherie-Fälle, welche in der Zeit vom 1. Jan. 1870 bis zum 31. Juli 1876 in der v. Langenbeck'schen Klinik zur Beobachtung kamen. Es sind dies 567 Fälle, von welchen 539 als Diphtheriekranke in die Klinik gebracht wurden, 28 aber, wegen anderer Krankheiten aufgenommen, in der Klinik von Diphtherie befallen wurden. Aus diesen Fällen sucht Verf. acht Fragen zu beantworten, von denen folgende hervorgehoben werden sollen. Es ergibt sich aus der Zusammenstellung zuerst, dass von den 567 Kranken 377 oder 66.4 pCt. starben und 190 oder 33.5 pCt. genasen. Eine folgende Tabelle zeigt sodann, dass die Zahl der Diphtheriefälle mit jedem Jahre zugenommen hat, dass aber die Mortalität mit geringen Schwankungen stetig kleiner geworden ist. Noch 1869 betrug sie bei 72 Diphtheriefällen 86.1 pCt. Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht mit Bestimmtheit anzugeben. Durch die folgenden vier Fragen sucht Verf. festzustellen: Die Frequenz und die Mortalität der tracheotomirten und der nicht tracheotomirten, ferner der männlichen und der weiblichen Diphtheriekranken, endlich in den einzelnen Lebensjahren und Lebensmonaten. Unter den Patienten befanden sich nur 8 Erwachsene vom 18. bis 41. Lebensjahre; die grösste Zahl fällt auf das 3. und 4. Lebensjahr, welches je 102 Fälle oder 18.3 pCt. der Gesammtsumme zeigt. Abgesehen davon, ob tracheotomirt wurde oder nicht, zeigte sich, dass, je jugendlicher das Individuum, desto schlechter die Prognose ist. Eine Heilungskurve, welche im Beginne des ersten Lebensmonates von der Nulllinie anstiege, würde stetig steigen und zwischen dem 7. und 8. Lebensjahre ihre Höhe erreichen, um dann bis zum Ende des Kindesalters auf der gleichen Höhe zu bleiben. Von allen Diphtheriefällen des ersten Jahres starben 89.4 pCt., von sämmtlichen im 8. Lebensjahre stehenden Kranken derselben Endemie nur 44 pCt. Die Tracheotomie, welche ohne Rücksicht auf das Alter oder schon bestehende Komplikationen von Seite der Lungen in allen Fällen von Larynxstenose ausgeführt wurde, kam unter den 567 Fällen 504 Mal zur Anwendung, also in 88.8 pCt. aller Fälle; 62 Fälle (10.9 pCt.) brauchten nicht tracheotomirt zu werden; in einem Falle fehlt die nähere Angabe. Von den 504 Operirten starben 357 (70.8 pCt.). Von den tracheotomirten Kindern waren 85 im ersten und zweiten Lebensjahre; von diesen wurden 11 geheilt, das jüngste geheilte Kind, von Wegner operirt, war erst 7 Monate alt. — Irgend welcher Einfluss auf das Vorkommen und die Mortalität nach dem Geschlechte ergibt sich aus den Tabellen nicht. — Wichtig ist die Frage, wie rasch der Tod nach der Operation erfolge. Es lässt sich annähernd feststellen, dass der Tod am häufigsten am ersten und zweiten Tage eintrat; vom fünften Tage an wurden dann die Todesfälle auffallend selten. Am Tage der Auf-

nahme selbst starben 27, bei denen noch ein Versuch der Operation gemacht worden war. — Die Erkrankung von 28 Patienten, welche sich wegen anderer chirurgischer Krankheiten in der Klinik befanden, mit einer Mortalität von 18 (64.2 pCt.), beweist zur Genüge, dass der Aufenthalt vieler Diphtheriekranker während einer langen Reihe von Jahren einen nachtheiligen Einfluss auf die Salubrität eines Krankenhauses ausübt. Von 241 Diphtheriefällen waren nur in 46 Belag und Ulzeration in der Nase und im Rachen nicht nachzuweisen; sie wurden sämmtlich wegen hochgradiger Tracheostenose tracheotomirt, während von den anderen 195 Fällen 31 eine freie Respiration zeigten und nicht operirt wurden. Die Mortalität der Operirten stellte sich auf 71.7 pCt. resp. 73.7 pCt., während von den nicht Operirten nur 32.2 pCt. starben — ein Zeichen, dass das Uebergreifen der Diphtherie auf die Respirationsorgane die grössere Gefahr bringt. Sehr viel ungünstiger gestaltete sich ferner der Verlauf in den Fällen, in welchen nach der Operation die Respiration nicht ganz frei war. Die Mortalität betrug in diesen Fällen 25.2 pCt. mehr als in den Fällen, welche unmittelbar nach der Operation völlig freie Respiration hatten. Ungünstiger gestaltete sich auch der Verlauf der Fälle, in welchen grosse Krupmembranen ausgehustet wurden. Was den Zeitpunkt der Operation anbetrifft, so ist hervorzuheben, dass 22 Kinder vollkommen asphyktisch in die Klinik gebracht wurden. Die Operation wurde ohne Narkose, wie an der Leiche, gemacht: selbst von diesen genasen zwei Fälle. Die Kanüle wurde in 66 Fällen zwischen dem 3. bis 17. Tage entfernt, in einem Falle wegen Granulationswucherungen erst nach einem halben Jahre. Von diesen 67 Fällen starben nachträglich noch 15 (23.8 pCt.) und zwar 1 an Kollaps, 1 an diphtherischer Nephritis, 2 an Pneumonie und 12 an Erschöpfung, zum Theile durch Deglutitionsstörungen. Diese letzteren wurden in 24 Fällen in der Zeit vom 1. bis zum 44. Tage beobachtet. Sie hingen mit der Tracheotomie nicht zusammen, die Mortalität dieser Fälle war 61.3 pCt., also nicht auffallend hoch. Diphtherie der Wunde kam unter 210 Fällen 50 Mal vor, mit einer Mortalität von 28 (56 pCt.); ausserdem wurde in der Wundumgebung, auch auf Brust, Rücken, Hals und den oberen Extremitäten ein eigenthümliches fleckiges Exanthem beobachtet, häufig auch Albuminurie. — Die Operation wurde mit Ausnahme der erwähnten ganz asphyktischen Fälle stets in voller Chloroformnarkose vorgenommen und zwar meist die Tracheotomia superior nach der von Rose beschriebenen Methode. Die Nachbehandlung bestand, nachdem eine Reihe von Mitteln versucht war, seit dem Mai 1874 fast ausschliesslich in Anwendung der Aqua Chlori und zwar in der Weise, dass zweistündlich oder stündlich der diphtherische Rachen mit unverdünntem Chlorwasser bepinselt und gleichzeitig in die Trachealkanüle etwas von seiner verdünnten Lösung (1 Aq. Chlori: 3 Aqua) eingeträufelt wurde. Diphtherische Abszesse und Vereiterungen der submaxillaren Lymphdrüsen wurden unter 241 Fällen 5 Mal beobachtet, dabei ein Mal eine eiterig-jauchige Mediastinitis. In den Fällen, in welchen der Eiter mikroskopisch untersucht wurde, erwies er sich reich an Mikrokokken. —

Die Nothwendigkeit, das Empyem, den eiterigen Rippenfellerguss, durch den Schnitt zu operiren, ist wohl allgemein jetzt anerkannt. Zögernder verhält sich die Medizin mit der Anerkennung der Rippenresektion, welche man, wenn das vermittelst ausgibigem Schnitte operirte Empyem nicht von vollständiger Heilung gefolgt ist, nach kürzerer oder längerer Zeit dieser Operation dann folgen lassen kann. Diese Resektion geschieht nach zwei verschiedenen Indikationen: a) Roser macht in Fällen, in welchen der Eiterabfluss durch die dicht an- oder übereinander liegenden Rippen gehindert ist, die Resektion eines Rippenstückes. b) Simon sucht durch Resektion eines oder mehrerer Rippenstücke die zur vollständigen Heilung eines jeden grösseren Pleura-Exsudates nothwendige Retraktion und Verkleinerung der betreffenden Thoraxhälfte zu ermöglichen und zu beschleunigen. Oft genug mögen auch beide Indikationen neben einander bestehen. In letzter Zeit nun hatte Dr. Stehberger zu Mannheim drei Mal Gelegenheit, die in Rede stehende Operation jedes Mal mit günstigem Erfolge zu machen. Die beiden ersten Fälle wurden nach Roser's Indikation operirt. Den letzten Fall, welcher besonders deutlich die Berechtigung von Simon's Indikation zu beweisen scheint, theilt Verf. in Kürze mit: F. v. Z., 4½ Jahre alter Knabe, erkrankte Mitte April nach einem heftigen Katarrhe an pneumonischer Verdichtung der rechten Lunge, welche sich allmählig auf die ganze Lunge bis zur Spitze vorne und hin-

ten ausdehnte. Vom 11. bis 15. Tage beginnende Lösung und Verminderung des heftigen Fiebers, welches jedoch von da an wieder mit der früheren Heftigkeit fortbestand. In der vierten Woche zeitweises eiteriges Erbrechen, worauf in der fünften Woche durch Explorativpunktion das Vorhandensein von Eiter und Luft in der rechten Pleurahöhle konstatirt und diese durch Schnitt in der Axillarlinie eröffnet wurde. Durch die Wunde konnte man mit dem Finger feststellen, dass dieselbe gerade über dem Zwerchfelle, also an einer für Abfluss des Eiters günstigen Stelle, sich befand. Nach oben konnte der touchirende Finger die Lunge nicht erreichen. Der Operation folgte ein einziger fieberfreier Tag, dann währte das Fieber wie früher fort. Die Temperatur, Morgens zwischen 38 und 38.5, stieg dann täglich über 39, oft auch über 40, zwei Mal auf 41 Grad. Trotzdem der Eiter nie stagnirte, wurden anfangs drei Mal täglich, einige Tage versuchsweise dreistündlich Ausspülungen vorgenommen, wobei das Spülwasser aber stets fast wie klar wieder ablief. Nur der früher quälende Husten und eiterige Auswurf war seit der Operation verschwunden. Sonst magerte aber das Kind immer mehr ab, hatte sehr raschen Athem und Puls und bot das äussere Bild einer akuten Lungenphthise. Nur die physikalische Untersuchung wies einen bis zur Spina scapulae reichenden Pyo-Pneumothorax nach. Für die gefährliche Resorptionsfähigkeit dieser Höhle sprach auch der Umstand, dass nur ganz schwacher Karbolsäurezusatz zu dem Spülwasser nach wenigen Tagen schon Intoxikationserscheinungen — im Urine nachweisbar — verursachte. Unter solchen Umständen entschloss sich Stehberger 19 Tage nach dem Schnitte zur Rippenresektion behufs rascherer Verkleinerung der kranken Pleurahöhle. Er machte sie, wie auch in den früheren Fällen, subperiosteal mit winkelig gebogenem Raspatorium und Kettensäge. Als er nach 2 Ctm. grosser Resektion der sechsten Rippe die Pleurawunde noch etwas erweitert und so für den ganzen Zeigefinger zugängig gemacht hatte, konnte er nur mit Mühe, also mindestens 6—7 Ctm. über der Pleurawunde, die komprimirte Lunge erreichen. Er resecirte desshalb auch die fünfte Rippe. Die ersten sechs Tage dauerte das Fieber unverändert fort, dann kamen einzelne fieberfreie Tage und an den anderen dauerte die zuweilen immer noch auf 40° gehende Temperaturerhöhung nur einige Stunden; ausser dieser Zeit stellten sich Appetit und allgemeines Wohlbefinden wieder ein. Die Einsenkung des Thorax wurde immer mehr ersichtlich und sehr langsam nur verlor sich die hohe Frequenz der Respiration und liess sich normales Athmen immer tiefer herab wieder hören. 20 Tage nach der Resektion fand die letzte Fieber-Exacerbation Statt und nach weiteren 10 Tagen konnte der kleine Patient das Bett verlassen. Der Wundkanal wurde immer enger und kürzer; erst zwei Monate nach der Resektion schloss sich die Wunde ganz. In den ersten Wochen der Rekonvalescenz schien die Thorax-Einsenkung so bedeutend, dass der Knabe schief zu werden drohte. Mit der allgemeinen Kräftigung jedoch verlor sich diese Haltung wieder ganz, die Differenz der beiden Thoraxhälften betrug jetzt nur 2 Ctm. Sonst war das Kind von dieser Zeit an ganz gesund. Die Perkussion und Auskultation der beiden hinteren Thoraxhälften ergab ganz das gleiche Resultat. (Allg. mediz. Central-Zeitung v. 15. Sept. 1877.)

In v. Langenbeck's Archiv 21. Bd. S. 415 beschreibt Dr. W. Hack die von Simon besonders ausgebildete instrumentelle Erweiterung des Mastdarmes zu operativen Zwecken nach seinen Beobachtungen bei dem genannten Autor. Diese Erweiterung wird sich zunächst bei den auf den Mastdarm beschränkten Affektionen (Wunden, Pseudoplasmen) als zweckmässig bewähren, dann bei Fisteln zwischen den männlichen Harnwegen und dem Rektum, endlich beim Weibe bei hochgelegenen Mastdarm-Scheidenfisteln, wenn der Uterus so mit den anderen Beckenorganen verwachsen ist, dass er sich nicht genügend herabziehen lässt, oder wenn eine gleichzeitige Stenose der Scheide den Zugang zu der Fistel allzusehr beengt (Simon hatte bekanntlich keine günstigen Erfolge mit der von Bozeman empfohlenen vorbereitenden Dilatation der Scheide); schliesslich bei einer Mastdarm-Blasenfistel, welche die unterhalb verwachsene Scheide durchsetzt. — Simon's Vorgang ist folgender: Nach gründlicher Auswaschung des Rektums wird der Kranke in der Steiss-Rückenlage tief narkotisirt und dann wird mit denselben Instrumenten, die auch bei der Scheide verwendet werden, das Rektum erweitert; Rinnen- und Platten-Spekulum, Scheidenhalter, spitze Häckchen genügen gewöhnlich, der Sphinkterschnitt ist bei Operationen an der vorderen

Wand des Rektums nicht nöthig, höchstens muss man den zuweilen stark vorspringenden vorderen Hautsaum einkerben, dagegen wird bei Operationen an der hinteren Wand des Mastdarmes die Zugänglichkeit wesentlich grösser, wenn man den Sphinkterschnitt anwendet. Die Anfrischung der Fisteln wird mit dem Messer vorgenommen, die Naht in derselben Weise wie bei Blasen-Scheidenfisteln, doch hat Simon auch Langenbeck's Nähinstrument (für die Uranoplastik) angewendet, wenn die Schwierigkeit der Verhältnisse es erforderte. Was die Stuhlentleerungen betrifft, so verliess Simon bald die Anwendung der Styptica, gab im Gegentheile jeden zweiten Tag ein Purgans und durchschnitt nach der eigentlichen Operation den Sphincter ani, um jede Kothstauung zu verhindern. Die Nähte entfernt er nach der Operation der Recto-Vaginalfisteln wegen Schmerzhaftigkeit der Sphinkterwunde lieber von der Vagina aus; die Knoten schlüpfen leicht durch die erweiterten Stichkanäle. — Von den beigegebenen vier Krankengeschichten ist ein Theil bereits anderweitig veröffentlicht; ein Fall ist besonders bemerkenswerth: Eine Frau von 22 Jahren hatte in Folge einer Entbindung den oberen Theil der Scheide obliterirt; durch die Narbe ging vom Rektum aus eine Fistel in die Blase, ausserdem bestand eine Blasen-Scheidenfistel. Diese wurde zuerst operirt; dann wurde die Rekto-Vesikalfistel in Angriff genommen, deren Vereinigung vom Rektum aus nach wiederholten vergeblichen Versuchen gelang. Den Schluss der Operationen bildete die Vereinigung einer Rekto-Vaginalfistel, welche vor der letzten Operation angelegt werden musste, um die Theile beweglich zu machen, und die Vereinigung einer gleichzeitig bestehenden Perinealruptur. —

Dr. Hermann Müller veröffentlicht eine Inaugural-Dissertation „über progressive perniziöse Anämie" (Zürich, 1877, Caesar Schmidt). Ob es schon jetzt an der Zeit sei, eine Monographie dieser räthselhaften bisher fast ausschliesslich in der Schweiz, anderwärts nur vereinzelt, beobachteten Krankheit zu schreiben, dürfte allerdings noch fraglich sein. Immerhin aber ist die vorliegende Abhandlung von grossem Interesse, da sie die seit 1866 in der Züricher Klinik gesammelte Kasuistik in kürzeren oder längeren Krankenbeziehungsweise Sektionsberichten dem Leser vorführt. Ohne allen Zweifel scheint die Krankheit häufiger zu werden, wie ein Blick auf die Vertheilung in den verschiedenen Jahren zeigt:

	M.	W.
1866	2	—
1867	—	1
1868	—	3
1869	1	3
1870	2	3
1871	1	5
1872	1	6
1873	—	6
1874	2	14
1875	—	6
1876	7	2
Zusammen:	16	49

Dem Alter nach waren unter diesen:

		M.	W.
8	Jahre	—	1
15—20	„	3	14
21—30	„	3	10
31—40	„	1	25
41—50	„	2	3
51—60	„	4	4
61—70	„	1	—
ohne Angabe		2	1

Die meisten der Patienten stammten aus der Umgegend von Zürich. Die perniziöse Anämie entwickelt sich nicht aus der Chlorose der Städter. Ueberhaupt sind die Einflüsse der Lebensweise auf die Entwicklung dieser Krankheit noch sehr ungenügend bekannt. Gehäufte Schwangerschaften und Blutungen bei den Entbindungen scheinen beim weiblichen Geschlechte die Krankheit zum Ausbruche zu bringen, möglicherweise auch häufiges Erbrechen während der Schwangerschaft, öfter waren vorher bleichsüchtige Zustände vorausgegangen. Da aber in anderen Fällen diese Ursachen völlig auszuschliessen waren, im Gegentheile bis zum Ausbruche der letzten tödtlichen Erkrankung die Patienten sich wohl befunden hatten, ist uns der tiefere Grund immer noch gänzlich verhüllt. Auch die anfängliche Vermuthung, dass Armuth und sorgenvolles Leben besonders disponire, hat sich nicht als stichhaltig erwiesen, wenn auch natürlich die Patienten in ihrer Mehrzahl dem ärmeren Stande angehörten. Bei den Männern wird mehrmals anhaltende Diarrhoe als Ursache angegeben. Die meisten unverheiratheten Frauen sind Seidenweberinnen, unter den Verheiratheten sind mehrere gut situirte Hausfrauen und Bäuerinnen. Unter den Männern sind Handlanger, Färber, Weber, Zimmer-

leute, Maurer, Knechte und Landwirthe vertreten, auch ein Student, der in ärmlichen Verhältnissen lebte und sehr angestrengt gearbeitet, befindet sich darunter. — Auf die Symptomatologie der Krankheit hier nochmals einzugehen, bietet uns diese Schrift keine Veranlassung, da wesentlich Neues nicht beigebracht wird. Die Therapie ist ebenfalls noch nicht weiter gekommen. Müller bemerkt ausdrücklich zur vorsichtigen Beurtheilung vermeintlicher Erfolge, dass ein noch in Behandlung stehender Patient, der mit grösster Hartnäckigkeit jede Therapie verschmähte, trotz der absolut lethal gestellten Prognose zur Zeit auf dem besten Wege der Genesung zu sein scheine. Von den in der Klinik behandelten Kranken starben 44 nach der ersten und einer, welcher scheinbar geheilt entlassen worden war, nach der zweiten Aufnahme; 13 wurden ungeheilt entlassen, von diesen starben 7 bald nachher in der Heimath, bei 6 war der Ausgang nicht bekannt; 3 befanden sich noch in Behandlung und bei 4 geheilt Entlassenen war der Bestand der Heilung ein Mal nicht bekannt, drei Mal aber noch nach zwei Jahren sicher konstatirt. — Die Dauer der Krankheit betrug einmal nur 7 Wochen, hier hatte sie ganz akut nach einer puerperalen Blutung begonnen. Häufiger dauerte sie 2, 3—9 Monate; bei chronischem, durch gesunde Intervalle von mehrmonatlicher Dauer unterbrochenem Verlaufe konnte sich der tödtliche Ausgang bis zum 2., selbst bis zum 5. Jahre verzögern. Unter den Komplikationen der finalen Katastrophe ist zwei Mal gangränöses Erysipel des Gesichtes bemerkenswerth. Die sehr ausführlichen Sektionsbefunde können leider hier nicht auszugsweise besprochen werden; doch sei hier mit Bezug auf bisherige Vermuthungen ausdrücklich bemerkt, dass der Verdacht, es könne ein Parasit im Darme oder im Blute sich vorfinden, noch keine Bestätigung gefunden hat. (Schmidt's Jahrb., 1877.)

Einem Referate der Prager medizinischen Wochenschrift (1877 Nr. 31) über das Sehroth entnehmen wir die nachfolgenden Bemerkungen: Dietl und Plenk liessen ein im Dunkeln gehaltenes Kaninchen aus einer Karotis verbluten und injizirten in die andere Milch. Der Augengrund erschien hierauf weiss und liess keine Details erkennen. Nach Injektion von Blut füllten sich die Chorioidealgefässe wieder. Die bei Natriumlicht herausgenommene Retina erschien schön blassrosenroth. Ihrer Meinung nach ist das Sehroth bei gewöhnlicher Beleuchtung mit dem Ophthalmoskope nicht nachweisbar. — E. Jäger zu Wien sucht nachzuweisen, dass er bereits vor 20 Jahren die rothe Färbung der Netzhaut gekannt und eine Imbibitionsröthung der Netzhaut von der Gefässröthung unterschieden habe. Auch habe er das Schwinden und Zunehmen der Netzhautröthung mit dem Sehakte in Zusammenhang gebracht und dieses Roth vom Blutfarbstoffe abhängig erklärt. Dasselbe berichtet auch Schnabel in einer kleinen Notiz. Beim Menschen und zwar bei dem vor nicht langer Zeit in Wien hingerichteten Muttermörder haben Schenk und Zuckerkandl den Sehpurpur nachgewiesen. Die Hinrichtung fand in einem dunklen Hofraume früh Morgens Statt. Der Scharfrichter schloss dem Hingerichteten sofort die Augen und bei der Sektion wurden dieselben durch die über das Gesicht gezogene Kopfhaut noch vor Lichteinfall geschützt. Beide Beobachter konnten das Sehroth noch $2^3/_4$ Stunden nach dem Tode nachweisen. — Ueber das Verhalten des Sehroth am kranken und verletzten menschlichen Auge berichtet Adler. Er fand das Sehroth vorhanden, wenn die Netzhaut noch funktionsfähig war, dasselbe war jedoch nicht zu konstatiren, wenn Lichtempfindung gefehlt hatte. Waren Trübungen der dioptrischen Medien zugegen, so war die Färbung des Sehroth weniger intensiv. Bei den von der Chorioidea abgelösten mit Glaskörper bedeckten Netzhäuten erhielt sich das Sehroth noch mindestens eine Stunde; einmal geschwunden, stellte es sich jedoch nicht mehr her. Bei einem 7jährigen Kinde fand Adler nach einer Schnittverletzung des Auges ein Stück von der Ora serrata abgerissener Netzhaut nach innen hinter der Pupillarebene auf einem dislozirten Linsenfragmente fixirt, welches nebst den gut injizirten Netzhautgefässen auch Sehroth erkennen liess, welches letztere unter Lichteinwirkung in wenigen Stunden darauf geschwunden war und sich nicht mehr herstellte. — Bei zwei todt zur Welt gekommenen, aber reifen Kindern konstatirte Fuchs das Sehroth. Auch Schmidt-Rimpler gelang es bei einem an Tumor cerebelli Gestorbenen, der an Neuritis optica gelitten hatte, nach Enukleation des Auges das Sehroth nachzuweisen und zu konstatiren, dass an der Macula lutea kein Sehroth vorhanden sei, was ihm für die Erklärung der dunklen Farbe der Macula im ophthalmoskopischen

Bilde von Wichtigkeit scheint. Dagegen konnte Michel an dem Auge eines mit Orbitalkrebs Behafteten, welches eine normale Sehschärfe gehabt hatte und durchaus keine ophthalmoskopisch nachweisbaren Veränderungen zeigte, trotzdem bei der Untersuchung mit aller Genauigkeit vorgegangen wurde, weder an der Macula noch an der Fovea, noch an der in Alaunlösung präparirten Retina unter dem Mikroskope eine Spur von Sehroth nachweisen. — Die günstigen Erfolge der Dunkelkuren bei gewissen Erkrankungen des Augen-Inneren sucht Königstein auf das Verhalten des Sehroth zu beziehen. So bestehe z. B. bei optischen Hyperästhesieen und Anästhesieen ein Missverhältniss zwischen Konsumption und Produktion des Sehroth. So sollen centrale Skotome und Amaurosen nach plötzlicher Insolation nicht auf Gerinnen der Netzhautelemente, sondern auf intensivem Bleichen derselben beruhen. —

Im „Centralblatte f. d. mediz. Wissenschaften" 1877 Nr. 35 lässt sich Dr. B. Afanassiew zu St. Petersburg folgendermassen „über die Erkältung" vernehmen: „Gestützt auf seine Versuche kommt Rosenthal zu dem Schlusse, dass bei Thieren, welche einer Luft ausgesetzt sind, deren Temperatur die des Körpers übersteigt (38—40° C.), ein paralytischer Zustand der Hautgefässe eintritt. Diese Thatsache benützt er zur Erklärung der Erkältungsursachen. Um mich zu überzeugen, inwieferne eine intensive Abkühlung stärker wirkt bei Thieren, welche vorher bis zum paralytischen Zustande der Hautgefässe erwärmt waren (und zwar durch einen einstündigen Aufenthalt im Apparate bei 38—40° C.), als bei wenig erwärmten oder in normaler Temperatur sich befindenden Thieren, stellte ich zwei Reihen Versuche an. Die erste Versuchsreihe zeigte, dass wenig erwärmte oder normale Thiere eine Abkühlung durch Aether (25 Minuten) ohne irgend welche schädliche Folgen ertragen; die im Rektum gemessene Temperatur sinkt um 2—3° C. unter die Norm, gleicht sich aber im Verlaufe einer halben bis ganzen Stunde vollständig wieder aus; dagegen fällt nach der nämlichen Abkühlung die Temperatur um 10—12° C. unter die Norm herab bei solchen Thieren, welche vorher im Apparate $2^1/_2$ bis 3 Stunden einer Temperatur von 40° C. ausgesetzt waren; sehr oft dauert der Temperaturabfall unverändert noch einige Zeit nach dem Versuche an; die Normal-Temperatur jedoch kehrt erst im Verlaufe von 20 bis 30 Stunden zurück; die Thiere selbst gehen fast immer nach einem bis anderthalb Tagen zu Grunde. Die mikroskopische Untersuchung des Herzens, der Leber und Nieren zeigt Aufquellung, Undurchsichtigkeit und körnige Beschaffenheit der zelligen Elemente dieser Organe; die Zellenkerne sind grösstentheils unkenntlich. Durch Essigsäure verliert sich die körnige Beschaffenheit nur theilweise. — Die zweite Versuchsreihe wurde angestellt, um zu ermitteln, inwieferne allenfalls diese Veränderungen in den parenchymatösen Organen von der Wirkung der hohen Temperatur abhängen. Zu diesem Zwecke blieben einige Thiere im Apparate bei 40° C. bis zum Tode; andere wurden nur $2^1/_2$—3 Stunden erwärmt und sogleich nach der Abkühlung von 25 Minuten durch Stich in das verlängerte Mark getödtet. Die Organe der ersteren Thiere zeigten eine unbedeutende Trübung der Elemente, die Zellenkerne sowie die Querstreifung der Herzmuskulatur waren nicht verschwunden. Die Veränderungen in den Organen der Thiere der zweiten Reihe waren vollständig von demselben Charakter, zu gleicher Zeit aber war eine deutlich ausgesprochene Hyperämie der Gefässe vorhanden und an einigen Stellen bemerkte man, besonders in den Nieren, kapilläre Extravasate. — Die Resultate dieser Versuche vergleichend kommt man zu dem Schlusse, dass beim paralytischen Zustande der Hautgefässe die abgekühlte Blutmasse zu den parenchymatösen Organen fliesst und in ihnen Reizungen und Ernährungsstörungen hervorruft, welche in entzündlichen Veränderungen ihren Ausdruck finden. Diese Thatsachen sprechen zu Gunsten der Rosenthal'schen Theorie der Erkältungsursachen".

Während das häufig beobachtete Hineinwuchern von Geschwülsten — namentlich von Karzinomen und Sarkomen — in Blutgefässe und eine darauf folgende multiple Geschwulsteruption in den dazu gehörigen Gewebsbezirken keinen Zweifel über die Metastasenbildung auf dem Wege der Embolie zulassen, so ist doch keiner der beiden bisher angenommenen Wachthumsmechanismen als bewiesen anzusehen. Weder für die Infektionstheorie, welche eine Proliferation der um den Embolus liegenden Gewebstheile in dem histologischen Typus der verschleppten Zellen annimmt, existiren stützende Erfahrungen in

der normalen oder pathologischen Entwicklungsgeschichte, noch kann aus der blossen mikroskopischen Untersuchung junger Geschwulstmetastasen ein Fortwachsen der embolisirenden Partikel als der einzige Ausgangspunkt sicher festgestellt werden. Diese Frage suchten nun die DD. J. Cohnheim und A. Maas auf experimentellem Wege der Art zu lösen, dass sie nicht, wie zahlreiche Vorgänger, pathologische Gewebsfragmente, sondern physiologische Partikel — und zwar Perioststückchen — in die Blutbahn einbrachten. Unter den Kautelen der künstlichen Blutleere und antiseptischen Operation erzielten sie nach der Einführung von Periostläppchen (ca. 1 □ Cm.) in die Vena jugularis bei Hühnern ein Weiterwachsen, eine Vaskularisation und eine wirkliche Knochenproduktion innerhalb der verstopften Lungenarterienäste. Bis zum Ende der dritten Woche fanden sie eine konstante Steigerung der Periostproliferation; von da ab traten Schrumpfung und allmählige Resorption der Neubildungen ein. Zur Erklärung dieser letzteren Erscheinung führen die Verfasser jene Fähigkeit normaler Organismen an, fremde und an dem physiologischen Aufbaue der Gewebe nicht theilnehmende Substanzen zu eliminiren. Von dem Vorhandensein dieser „Widerstandsfähigkeit" leiten sie das Lokalbleiben vieler Neubildungen, von ihrem Fehlen die Metastasen der anderen sog. bösartigen Tumorengruppen ab. Erfolgen nach der hyperplastischen Wucherung eines normalen Organes, wie in dem kürzlich von Cohnheim mitgetheilten Falle von Gallertkropf, sekundäre Geschwülste, treten nach einem Karzinome der Mamma nur in den Knochen Krebsmetastasen auf, so trägt nicht der Charakter der primären Neubildung, sondern die Widerstandslosigkeit jener befallenen Gewebe allein die Schuld an der Fortentwicklung der eingeschleppten Keime. Hieraus erklärt sich endlich die Erfolglosigkeit aller derjenigen Versuche, in welchen auf gesunde, d. h. im obigen Sinne widerstandsfähige Individuen Geschwulsttheilchen zum Weiterwachsthume transplantirt wurden. (Virchow's Archiv, LXX S. 161.)

Ueber die Exzision der syphilitischen Initialsklerose gibt Prof. H. Auspitz in der Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syphilis IV, 1 u. 2, zunächst einen historischen Rückblick und erwähnt hierbei, dass schon John Hunter die Zerstörung der Induration durch Aetzmittel und Exzision empfohlen habe und dass v. Langenbeck 1840 einen Kranken beobachtete, bei welchem noch ein Jahr lang nach der Circumzision der mit Geschwüren behafteten Vorhaut keine Syphilis eingetreten war. Obgleich nach v. Sigmund's Erfahrungen (1867) die Aetzung der wunden Stellen, welche mit syphilitischen Geschwüren in Berührung waren, sehr häufig den günstigen Erfolg hatte, dass die Betroffenen von Syphilis verschont blieben, selbst wenn schon viele Tage nach der muthmasslichen Ansteckung verstrichen waren, so spricht sich doch derselbe gegen die operative Entfernung eines von primären Syphilisformen besetzten Gewebstheiles aus, da dieselbe niemals geeignet sei, der konsekutiven allgemeinen Syphilis vorzubeugen. Hueter hat 1867 die Exzision der Sklerose in einer Anzahl von Fällen vorgenommen und 6—7 Monate nach der Operation Syphilis nicht eintreten sehen. C. Mayer hat nach der Operation in einem Falle Syphilis beobachtet. Ullrich sah in drei Fällen nach Exzision der Sklerose in der Narbe erbsengrosse Indurationen sich entwickeln. Coulson beschrieb 1869 einen Fall, in welchem nach der Exzision die Schnittränder indurirten und fernere Syphilissymptome folgten. Thiry beschrieb 1870 einen Fall, in welchem nach der Exzision ebenfalls ein Syphilom unter der Narbe und andere Zeichen der Syphilis erschienen. Voigt berichtete 1874 über einen Kranken, welcher sich in der dritten Woche nach der Infektion mit einem erbsengrossen Geschwüre und kallösen Rändern und indolenter linksseitiger Leistendrüsenschwellung in Hueter's Klinik vorstellte. Der Kranke wurde operirt und selbst drei Jahre nach der Exzision war Syphilis trotz regelmässig fortgesetzter Kontrole des Kranken nicht zu konstatiren gewesen. Voigt gibt nach einer brieflichen Mittheilung an, dass er in 20 Fällen Exzisionen vorgenommen habe und bei seiner bisherigen Ansicht verharre. Lewin trat 1873 gegen Hueter auf, indem er einen Fall berichtet, in welchem nach der Exzision deutlich Syphilis folgte, wobei er zugleich hervorhebt, dass die ächt syphilitischen Primitivformen nicht mehr eine örtliche, sondern eine allgemeine Erkrankung darstellen. Auch Caspary hat Exzisionen vorgenommen und sah später Syphilis nachfolgen. — Auspitz nun hat während der letzten vier Jahre bei 33 Kranken der allgemeinen Poliklinik die Exzisionsmethode befolgt. Die Operation bestand darin,

dass er überhaupt an jenen Stellen, an welchen der chirurgische Eingriff ohne Gefahr von Blutungen u. s. w. möglich war, die Induration mit einer Pinzette in die Höhe zog, unterhalb der letzteren den Schnitt führte und sich nachher noch genau überzeugte, ob die Verhärtung vollständig exstirpirt war. Blutung folgte nie, Diphtherie und andere üble Zufälle folgten nur ausnahmweise. Die Stellen, an welchen die Exzision stattgefunden hatte, wurden unter Karbolregen verbunden. Auspitz sagt, dass er die Operationen ohne jede vorgefasste Meinung unternommen habe, indem die therapeutische Frage gegen die pathologische bei ihm in den Hintergrund getreten sei. —

Um den Wiederaustritt des Inhaltes des Bruchsackes nach Radikaloperationen zu verhüten, ist es nicht ausreichend, den Bruchsack nach v. Nussbaum abzutragen und zu verschliessen, sondern man muss auch die Bruchpforte verengern. Zu diesem Zwecke legt V. Czerny den Bruchsack in antiseptischer Weise frei, löst ihn ringsherum, reponirt den Bruchinhalt, schneidet den Bruchsack ab und verschliesst ihn mit Darmsaitennaht. Ist der Bruchinhalt aber angewachsen, so wird der Bruchsack eröffnet, die Adhäsionen gelöst, der Bruchinhalt reponirt und in derselben Weise verfahren. Darauf werden die Schenkel der Bruchpforte durch eine doppelte Kürschnernath aus sich kreuzenden Fäden, welche Czerny „Miedernaht“ nennt, mittelst starker Darmsaiten geschlossen, endlich auch die Haut vernäht. In einem Falle wurden an Stelle der Darmsaiten karbolisirte Seidenfäden benutzt, um den Verschluss etwas sicherer zu machen, doch stiessen sich dieselben durch Eiterung aus, da der Fall nicht ganz aseptisch verlief. Es wurden im Ganzen 4 Personen, 3 mit irreponiblen Inguinalhernien, eine mit doppelseitigem beweglichen Leistenbruche, operirt und geheilt. Mehrmals kamen Eiterungen im Skrotum vor, welche auf die beim Lösen des Bruchsackes erzeugten ausgedehnten Läsionen zurückzuführen sind, und Verfasser versuchte desshalb in einem Falle den am Halse abgeschnittenen Bruchsack in Verbindung mit der Umgebung zurückzulassen; da derselbe aber Anlass zur Entstehung einer Hydrokele geben konnte, so kehrte Czerny später zur Exstirpation mit sorgfältiger Drainage und Kompressivverband zurück. (Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1877, 15. Sept.) —

Nach Dr. H. Hebra bezeichnen wir jetzt mit „Pityriasis rubra“ eine Hautkrankheit, die während ihres ganzen Verlaufes von keiner anderen Erscheinung begleitet wird als von einer andauernden intensiv dunkelrothen Färbung ohne bedeutende Infiltration, ohne Knötchenbildung, ohne Entwicklung von Schrunden, ohne Nässen oder Bläschenbildung, welche mit geringem Jucken verbunden ist und selten auf einzelne Hautstellen lokalisirt erscheint, sondern meist die ganze allgemeine Decke zu ihrem Sitze erwählt. Dazu kommt in verschiedenen Fällen verschieden starke Desquamation der Epidermis; der Verlauf ist chronisch. — Zu Zeiten können auch andere Hautkrankheiten dieselben Charaktere darbieten, so dass die Diagnose oft erst im weiteren Verlaufe sicher gestellt werden kann. Es kommen namentlich drei Dermatosen hier in Betracht: der Lichen ruber, das Eczema squamosum und die Psoriasis universalis. Der Lichen ruber kann zur Verwechselung Veranlassung geben, wenn die Knötchen sehr zahlreich sind, zusammenfliessen, namentlich aber stark sich abschuppen; es wird aber doch immer möglich sein, einzelne Knötchen aufzufinden, während bei Pityriasis überhaupt nie solche vorkommen. Bei Eczema squamosum sind wohl immer verschiedene Entwicklungsstadien vorhanden, es ist selten universell, juckt stets heftig und ist vor Allem einer Heilung fähig. Die Psoriasis universalis braucht zu ihrer Entwicklung eine lange Zeit und beginnt stets mit den bekannten Epidermishügeln. — Zwei interessante hierhergehörige Fälle sind von Hebra beobachtet worden; es fand sich in beiden Tuberkulose der Lungen, Nieren und Därme, Fettleber, allgemeiner Marasmus; die Haut zeigte sich bis in den Panniculus adiposus hinein zellig infiltrirt, die normale Struktur war in dem einen weniger hochgradigen Falle noch kenntlich, während sie in dem anderen, besonders durch Entwicklung starker elastischer Fasermassen, völlig vernichtet war; daneben fand sich eine bedeutende Pigmentanhäufung vor. Der Allgemeineindruck dieser Hautschnitte war der einer mit Epidermis überzogenen Narbe. (Deutsche med. Wochenschr., 22. Sept., 1877.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 42. *Erlangen*, am 20. Oktober 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Neue Kompressionsmethode. Zur Hornhauttransplantation. Ueber Atheromasie. Ueber platte Katheter. Zur Nachbehandlung der Urethrotomia externa, der Lithotomie und Lithotripsie. Borsäure als Verbandmittel. Seltener Fall von gleichzeitig eingetretenem Bruche beider Schlüsselbeine. Vorsichtsmassregeln beim Gebrauche der Nasendouche. Einfluss von Abführmitteln auf das Zahlenverhältniss der Blutkörperchen. Neuer Wundverband. Ueber interstitielle syphilitische Glossitis.

Dr. Chassagny hat sich theoretisch und praktisch mit der zuerst schon vor 100 Jahren von Lombardus (Strassburg) angegebenen Idee, die methodische Kompression als Heilmittel zu verwenden, befasst. Er konstruirte zu diesem Zwecke eigene Apparate, welche mit der methodischen Kompression zugleich die Immobilisation mitbewirken sollten. Das allgemeine Prinzip seiner Methode besteht darin, mehr oder weniger ausgedehnte Oberflächen des Körpers dem sanften regelmässigen Drucke eines dünnwandigen Kautschuksäckchens auszusetzen, welches sich unter dem Einflusse von injizirtem Wasser oder eingeblasener Luft aufbläht und welches sich nach aussen an eine solide unausdehnbare Umhüllung anschliesst, welche ihm zur Stütze dient. Je nach den verschiedenen Körperregionen sind natürlich diese Apparate verschieden und Verfasser macht in dieser Hinsicht zwei Abtheilungen: 1) Fälle, in welchen begränzte Oberflächen zu komprimiren sind (Brustdrüse, eine Geschwulst etc.) und 2 Fälle, in welchen man eine zirkuläre Kompression ausüben will (Extremität in ihrer ganzen Länge, ein Gelenk etc.). Im ersteren Falle wird eine nicht ausdehnbare Umhüllung (aus Metall, besser Zwillich) hergestellt, deren Ränder genau auf der Basis des Tumors aufsitzen, während die Fixation mit Bändern bezweckt wird. In dieser Hülle eingeschlossen ist das Kautschuksäckchen, welches den freien Raum zwischen Tumoroberfläche und äusserer Umhüllung einnimmt. Ein Schlauch, der durch die letztere hindurch nach aussen führt, setzt den Innenraum des Kautschukballons mit der äusseren Umgebung in Verbindung. Durch diesen Schlauch wird im Falle der Anwendung des Apparates Luft in den Kautschukballon geblasen oder Wasser injizirt. Letzteres gibt ein angenehmeres Gefühl und kann in gewissen Fällen (bei Behandlung von Entzündungen der Gewebe) sogar als Heilmittel verwandt werden, indem je nach Bedarf durch einen auf der anderen Seite des Kautschukballons angebrachten zweiten derartigen Schlauch das warm gewordene Wasser abgelassen und entsprechend kaltes durch den ersten Schlauch zugeführt wird. Der Kautschukballon dient nur durch seine Biegsamkeit und Impermeabilität; seine Elastizität und Ausdehnbarkeit haben bei dem Apparate gar keinen Werth; es ist gerade so, wie wenn man sich die äussere (Zwillich-) Umhüllung an der Basis der Brust angeleimt und in sie hinein selbst die Wasserinjektion gemacht dächte. Der Kautschukballon muss dünnwandig und gross sein, damit er die zu komprimirende Oberfläche überall umhülle und dabei selbst nicht ausgedehnt werde. Hierin sei, meint Verf., der Unterschied seiner Methode von den bisher üblichen Kompressionsweisen gegeben. Besonders macht er auf die Aneurysmen als dankbares Material für die Anwendung seiner Kompressionsmethode aufmerksam. Sie werde viel leichter ertragen als die Digitalkompression, da sie viel weniger

empfindlich sei. Die zirkuläre Kompression sei im Ganzen leichter ausführbar und häufiger anzuwenden. Verf. beschreibt ausführlich den komplizirtesten unter den zirkulären Kompressionsapparaten, nämlich jenen für die Hüfte. Derselbe besteht aus einer Art Zwillichhose, die sich vom Gürtel bis unter das Knie erstreckt. Dieselbe ist durch der Länge nach eingefügte Krinolinstahlfedern resistenter gemacht und vorne, in der Medianlinie, zum Auseinanderklappen hergerichtet. Für die natürlichen Leibesöffnungen sind Ausschnitte angebracht. An der vorderen Fläche wird der doppelwandige Kautschuksack applizirt, der, eintheilig im Niveau des Gürtels, von der Steissbeingegend an zweitheilig ist. Bei der Anwendung des Apparates wird der Patient auf die geöffnete Hose gelegt, welche bereits den Kautschuksack enthält; man schlägt sodann oben das Bauchstück desselben über den Bauch, die zwei unteren Theile auf die vordere Fläche der Schenkel und schliesst die beiden Hosenschlitze; schliesslich wird der Kautschuksack aufgeblasen oder Wasser in denselben injizirt. In ähnlicher Weise beschreibt Verf. die Modifikationen seines Apparates für alle sonstigen Gelenke. Er zählt dann die Krankheitsformen auf, bei welchen sein Apparat anzuwenden wäre, von denen die wichtigsten sind: die einfache Arthritis, Hydarthros, Koxalgieen, Tumor albus, Neuralgieen etc., ferner Verletzungen und Operationswunden der ausgedehntesten Form. Um die physiologische Wirkung der Kompression mittelst des Kautschukballons zu studiren, legte sich Verf. seinen Apparat selbst an verschiedenen Stellen der unteren Extremität an und trug ihn eine Nacht hindurch. Dabei zeigte sich, dass der unter der komprimirten Stelle gelegene Theil des Gliedes nie anschwoll, und als Morgens der Apparat entfernt wurde, konnten die Gränzen nicht bestimmt werden, wo die Kompression anfing und wo sie aufhörte. Ein weiterer Vortheil der Kompression der Extremitätenmuskeln ist — wie sich Verf. bei seinen Versuchen an sich selbst überzeugte — die hiedurch bewirkte gleichzeitige physiologische Immobilisation. Letztere Eigenthümlichkeit der Methode möchte, wie er meint, insbesondere bei der Behandlung der Frakturen von Belang sein. Behufs Herstellung des hermetischen Occlusionsverbandes der Wunden leistet nach ihm der Apparat das möglichst Vollkommene. Ueberdies könne man, um das wiederholte Abnehmen des Verbandes unnöthig zu machen, einen Schlauch durch die äussere Hülle und durch den Kautschukballon hindurch bis an die Wundoberfläche leiten, wodurch das Irrigiren der Wundfläche mit desinfizirten Flüssigkeiten ohne Abnahme des Apparates möglich werde. Verf. berichtete schliesslich über einige klinische Erfahrungen bei Anwendung seiner Kompressionsmethode, welche für jetzt allerdings nur ein kleines Material betreffen, doch sind die sehr günstigen Resultate bei ausgedehnten eiterigen Mastitiden, seröser Gonitis und gichtischer Arthritis immerhin aufmunternd genug, um das Interesse der Aerzte auf die neue Methode zu lenken. (Gazette hebdomadaire, 1877, 7 u. 10.)

Reisinger machte bekanntlich im Jahre 1824 den Vorschlag, die getrübte menschliche Kornea durch Ueberpflanzung der durchsichtigen eines Thieres zu ersetzen. Durch mannigfaltige Versuche am Thierauge wurde die Möglichkeit der Anheilung eines übertragenen Hornhautstückes festgestellt. Dessenungeachtet wurde die Ausführbarkeit der Keratoplastik am menschlichen Auge bis in die neueste Zeit nicht geprüft und 1856 machte v. Nussbaum, ausgehend von der Voraussetzung der Erfolglosigkeit aller Transplantationsversuche, den Vorschlag, durch Einsetzung eines Gläschens in die leukomatöse Kornea den Lichtstrahlen einen neuen Weg in das Auge zu eröffnen. Es gelang Nussbaum, seine Corneae artificiales in den Hornhäuten einzelner Kaninchen zur Einheilung zu bringen, so dass sie noch nach 2—3 Jahren daselbst konstatirt werden konnten. Bei Versuchen am Menschenauge ergab sich jedoch ein anderes Resultat: Die Gläschen fielen nämlich nach einigen Wochen oder Monaten wieder heraus. Nur in einem Falle, über den Heusser berichtet, blieb das Gläschen sitzen und vermittelte auch ein gutes Sehvermögen. Dieser Fall wurde aber kaum durch 3 Monate verfolgt, das weitere Schicksal desselben blieb unbekannt. In den letzten zwei Jahrzehnten hatte sich immer mehr die Anschauung festgesetzt, dass die Versuche Reisinger's und v. Nussbaum's nicht geeignet seien, einen Fortschritt in der operativen Behandlung der Hornhauttrübungen zu begründen. Da berichtete Power auf dem internationalen Ophthalmologen-Kongresse zu London 1872 über zwei Fälle, in welchen er ein Stück leukomatöser Hornhaut entfernt und durch ein gleich grosses Stück Kaninchen-

hornhaut ersetzt hatte, das ohne Entzündung oder Eiterung vollkommen eingeheilt war. Das eingeheilte Stück wurde in einem Falle ganz opak, in einem zweiten behielt es eine gewisse Durchsichtigkeit. Hippel stellte zuerst mit dem Nussbaum'schen Verfahren, welches er modifizirte, Versuche an. Er bediente sich eines runden Gläschens von 2 Mm. Durchmesser und 1—2 Mm. Höhe, welches in einen goldenen Ring von $^1/_2$ Mm. Dicke eingefügt war, aus dem es leicht herausgehoben werden kann. Die goldene Fassung der künstlichen Hornhaut Hippel's hat einen sehr dünnen polirten Rand von 1 Mm. Breite, der das Leukom an der Hinterfläche umfasst, und einen kaum $^1/_4$ Mm. breiten papierdünnen Rand, der sich der vorderen Fläche des Leukoms genau anlegt. Den für die Einsetzung der Cornea artificialis nothwendigen Kanal im Leukome erzeugt Hippel mittelst eines Trepans. Bezüglich der Details der Operation und des Verlaufes muss Ref. auf das Original verweisen; bezüglich der erreichten Erfolge ist hervorzuheben, dass durch einen von Hippel's 12 Fällen die Möglichkeit erwiesen wird, eine Cornea artificialis von geeigneter Form dauernd in ein Leukom einzuheilen. In diesem Falle hatte das Gläschen durch ein Jahr seinen Platz unverändert beibehalten. In dem ersten der von Hippel operirten Fälle hob sich das Sehvermögen auf Fingerzählen in 6 Schuh. Dieser ausgezeichnete Erfolg wurde 14 Tage nach der Operation durch einen Bluterguss, den der Kranke durch Heben einer Last verschuldete, zunichte gemacht. Einer der Operirten kam so weit, dass er Finger auf 6 Zoll zählen konnte. Nach 2 Tagen fiel aber in diesem Falle die Cornea artificialis aus dem Auge. In den übrigen Fällen beschränkte sich das Sehvermögen auf die Wahrnehmung grosser Objekte oder die Verbesserung des vorher schlechten Lichtscheines. In 2 Fällen trat Verlust des Lichtscheines auf, weil sich die Bulbi überhaupt nicht für die Operation eigneten. Die Keratoplastik übte Hippel zwei Mal. In tiefer Narkose schnitt er aus dem Leukome mit der $4^1/_2$ Mm. im Durchmesser haltenden Krone eines Kornealtrepans ein rundes Stück und setzte in die entstandene Oeffnung ein mit demselben Trepan ausgeschnittenes Stück aus der Hornhaut eines Hundes. Hierauf wurden die Lider verklebt und ein Druckverband über beide Augen gelegt. Die Details des Verlaufes müssen gleichfalls im Originale angesehen werden. Die Folgerungen, welche Hippel aus seinen beiden Fällen mit grosser Wahrscheinlichkeit ableiten zu dürfen glaubt, sind: 1) dass die Keratoplastik nach seiner Methode ungefährlich ist; 2) dass die Einheilung eines gänzlich getrennten Stückes Hundehornhaut in die leukomatöse menschliche leicht und sicher gelingt; 3) dass der transplantirte Lappen einen Grad von Transparenz behalten resp. wieder bekommen kann, welcher es dem Kranken ermöglicht, grössere Objekte zu unterscheiden und sich einigermassen sicher zu führen. (Gräfe's Archiv f. Ophthalmologie 23. Bd. Seite 79 ff.)

Dr. Dürr fand als beste Methode der Transplantation der Hornhaut folgendes Verfahren: Man bildet einen Hornhautlappen von gewünschter Grösse mit der Basis an der Skleralgränze. Beim Ausschneiden führt man den Schnitt so durch den Skleralring, dass von den Fasern der Sklera eine 2 Mm. breite Schichte mit abgetrennt wird und ein dreieckiger Konjunktivallappen entsteht von 4 Mm. Länge. An dem Auge des Versuchsthieres wird eine Hornhautwunde gebildet, welche im Längen- und Querdurchmesser 1 Mm. kleiner ist als der einzupflanzende Lappen. Darauf trennt man die Konjunktiva in der ganzen Breite der Wunde von dem Skleralringe ab und unterminirt dieselbe eine Strecke weit nach rückwärts. In die so hergestellte Tasche wird der Konjunktivalzipfel des Transplantationslappens hineingeschoben und mit einer Sutur von der feinsten Seide befestigt. Nach richtiger Lagerung des Lappens werden die Lider mit einer Sutur verschlossen. Alle Operationen, welche Dürr nach dieser Methode ausführte, gelangen; nach Ablauf von 6 Wochen, selten später, war die Anheilung vollendet und die Grösse der transplantirten Stelle war dann nur durch eine leichte viereckige, strichförmige Narbe bezeichnet. Das überpflanzte Hornhautstück ist genau so durchsichtig, wie der übrige Theil der Hornhaut, und besitzt die gleiche Krümmung. Im Mai dieses Jahres übertrug Dürr zum ersten Male einen 5 Mm. langen und eben so breiten Lappen Kaninchenhornhaut in die leukomatöse Kornea eines 10jährigen Knaben und nach Verlauf von 2 Monaten stellte sich das implantirte Stück wie eine Insel unversehrter Hornhautsubstanz in dem Leukome dar. Der Knabe, welcher vor der Operation nur Hell und Dunkel erkannte, sah

nach derselben grosse Gegenstände und lernte sich zu orientiren. Darauf hat Dürr die Keratoplastik noch 6 Mal ausgeführt und nur 1 Mal kam die Anheilung nicht zu Stande. Es kamen Hornhautlappen von 6—12 Mm. Länge und 6 Mm. Breite zur Verwendung. Aus seinen bezüglichen Mittheilungen ergeben sich folgende Thatsachen: 1) Stücke einer Thierhornhaut lassen sich auf die Hornhaut eines anderen Thieres übertragen. 2) Der Randtheil der Hornhaut ist der geeignetste Platz für die Transplantation. 3) Stücke einer Kaninchenhornhaut lassen sich auf die Hornhaut des Menschen einpflanzen. 4) Die transplantirten Lappen werden nach erfolgter Anheilung wieder durchsichtig. (Wien. med. Wochenschr., 1877, 29. Sept.) —

Antonio Curci benützte zu seiner jüngst von der mediz. Fakultät zu Neapel preisgekrönten Arbeit „über die atheromatöse Entartung der Arterien" namentlich auch 116 Fälle von ihm im pathologischen Kabinete zu Neapel unter Prof. Dr. Schrön vom Januar 1866 bis Februar 1873 ausgeführten Leichenöffnungen. Nach Curci stellt der atheromatöse Vorgang in den Arterien eine fettige und kalkartige Entartung derselben dar, die mit einer wahren Zellenbildung beginnt. Die neugebildeten Zellen unterliegen der atheromatösen Umwandlung. Der eigentliche Sitz dieser Neubildung ist in der Dicke der Intima, und zwar zunächst in den äusseren Schichten derselben, welche an die Media angränzen. Nach Schroen beginnen die pathologischen Prozesse zuerst von der Schicht des Bindegewebes, welche die elastische innere Membran von der mittleren trennt. Daselbst findet eine bedeutende Vermehrung der Zellen Statt. Dieselben nehmen einen grösseren Raum ein als gewöhnlich, drängen die elastische innere Gefässhaut nach dem Lumen der Arterie zu und stellen die Hervorragungen dar, welche sich auf der inneren Wand atheromatöser Arterien vorfinden. Ist die Intima bereits längere Zeit von der Degeneration ergriffen, dann findet man in ihr fettige und kalkartige Entartung, während in den mehr nach aussen liegenden Gewebsschichten die Neubildung sich als eine bedeutende Vermehrung der Intercellularsubstanz darstellt, wesshalb man in denselben eine leichte Sklerosirung wahrnimmt. Die oberflächlichen Schichten dagegen, welche erst in den Anfängen der pathologischen Umwandlung begriffen sind, zeigen eine einfache Zellenvermehrung. Die Bezeichnung des atheromatösen Prozesses als eine Entzündung „Endoarteritis deformans" (nach Virchow) findet Verf. sehr passend, nur müsste man sie von der „Endoarteritis simplex" (nach Schroen) unterscheiden, welche letztere nur eine Neubildung von Bindegewebe produzire, zur Sklerosirung der Gewebe neige und mit Verkalkung endige, während erstere mit fettiger und kalkartiger Entartung der Gewebe abschliesse. Die Endoarteritis chronica deformans gehe von dem Bindegewebe der Media aus nach der Intima weiter, während die einfache Arterienentzündvom Endotel aus allmählig nach aussen fortschreitend alle Gewebstheile der Gefässhüllen ergreife. Der atheromatöse Prozess atrophirt die Gewebe, zerstört die Media; die Ader verliert dadurch ihren Halt und neigt zur Erweiterung und zur Zerreissung. Die Endoarteritis simplex bedingt Verwachsung des Lumens der Arterie, so dass sie sich anfangs verengt und schliesslich zu einem fibrösen Strange umgebildet wird. Beim Atherome finden sich verschiedene pathologische Prozesse fleckweise vertheilt; hier Ulzerationen, dort fettig entartete Stellen, an anderen Orten einzelne Kalkeinlagerungen. Bei Endoarteritis simplex ist der Prozess ein durchaus gleichförmiger; entweder Sklerose, mehr oder minder ausgedehnte Verkalkung, oder auch Verwandlung der Ader in einen rigiden Strang. Klinisch lasse sich, sagt Verf., die Unterscheidung beider Aderentzündungen nicht verwerthen, überdiess kämen sie beide auch gleichzeitig neben einander vor. Die gelatinösen oder semikartilaginösen Plaques charakterisiren das Ende der ersten, wirklich entzündlichen Periode der chronischen Arteritis. Der 2. Periode eigenthümlich ist fettige oder käsige Entartung der Neubildung. Die neu entstandenen Zellen füllen sich mit Fetttröpfchen, wodurch sie ein glänzendes Ansehen bekommen, sie schwellen an und bersten, wobei der Inhalt austritt. Darauf infiltrirt sich auch das umliegende Gewebe mit Fett, wird zerstört und gänzlich in eine formlose granulöse Masse von weissgelblicher Farbe umgewandelt, welche Krystalle enthält, zuweilen Cholestearin und Zellenreste. Dieser Zustand stellt das wahre Atherom dar, von dem die Krankheit ihren Namen erhalten hat. Die fettige Entartung kann zweierlei Ausgänge nehmen: bei raschem Verlaufe werden die inneren Schichten der Intima bald von der fettigen Degeneration ergriffen, sie bieten

also zur Ruptur und Entleerung des Atheromes Gelegenheit; geht der Prozess dagegen langsam vor sich, so dass durch die zellige Neubildung in den äusseren Lagen der Gefässwandung eine sklerotische Verdickung der Intercellularsubstanz gesetzt wird, dann berstet das Atherom schwieriger, es bildet vielmehr eine nach dem Lumen des Gefässes vorspringende Auftreibung, welche schliesslich der kalkigen Degeneration verfällt. Erweichte Atherome, die nur noch von einer dünnen Schicht der inneren Gefässhaut überzogen sind, nennt Verf. „atheromatöse Pusteln", während solche, die tiefer sitzen, mit der Bezeichnung „atheromatöser Abszess" belegt werden. Erstere charakterisiren den Erweichungszustand, letztere die eingetretene Verdickung der Gewebe, welche zur Verwachsung der Ader disponirt. Kommt die Berstung des Endotelium, des subendotelialen Bindegewebes und der inneren elastischen Membran zu Stande, dann gelangt der Inhalt des Atheromes in den Blutstrom. Es bleibt an solcher Stelle eine mehr oder minder tiefe Erosion zurück. Ulzeration findet sich da, wo die oberste Schichte des Endotels losgestossen wurde und das Atherom nur noch durch dünne Gewebslagen vor dem Durchbruche geschützt ist. Ueberdauert das Atherom die 2. Periode, so geht die fettige Entartung schliesslich in Verknöcherung über, welche die 3. Periode atheromatöser Entartung ausmacht. Diese Verknöcherung beginnt vom Centrum aus und schreitet von da aus auf die Media und die anderen Lagen der Intima weiter fort, bis sie auf der inneren Oberfläche des Gefässes offen und unbedeckt daliegende Knochenplatten erzeugt hat, welche unmittelbar vom Blutstrome bespült werden. Weder die fettige und kalkige Degeneration noch die Verknöcherung der Arterien sind ausschliesslich Folgen atheromatöser Rückbildung; alle diese pathologischen Prozesse kommen auch für sich allein ohne vorausgegangene atheromatöse Entartung der Arterien vor. Unter den zur Atheromasie disponirenden Ursachen ist mangelhafte Ernährung und wirkliches oder vorzeitiges Alter zu nennen. Unter 93 dem Verf. bekannten Fällen stellte sich die Vertheilung nach dem Alter folgendermassen: Auf das Alter vom 20.—29. Lebensjahre fielen 4 Fälle, auf das Alter vom 30.—39. Lebensjahre fielen 12 Fälle, auf das Alter vom 40. bis 49. Lebensjahre 28 Fälle, auf das Alter vom 50.—59. Lebensjahre 17 Fälle, auf das Alter vom 60.—69. Lebensjahre 28 Fälle, auf das Alter vom 70.—79. Lebensjahre 2 Fälle und das über 80 Jahre fielen 2 Fälle. Die an Atheromasie Leidenden scheinen demnach selten das 70. Lebensjahr zu überleben. Ebenso, wie es alte gibt, die keine atheromatös entarteten Arterien auffinden lassen, gibt es jugendliche Individuen, bei denen der Degenerationsprozess vor der Zeit sich einstellt. Alles, was eine Schwächung der Konstitution herbeiführt, begünstigt auch die Atheromasie. Lebensweise, Klima, Witterungseinflüsse, Anstrengungen, psychische Depressionen, ungenügende Ernährung und Alkoholmissbrauch üben nachtheiligen Einfluss. Daraus erklärt sich, dass Männer der Atheromasie mehr unterworfen sind als Frauen. Die verschiedenen Menschen-Raçen haben eine verschiedene Disposition zur Atheromasie; sehr stark ist dieselbe bei der angelsächsischen Raçe, bei den Negern dagegen sehr gering. Von den Gelegenheitsursachen zur Atheromasie, die zugleich als disponirend dazu anzusehen sind, nennt Verf. vor Allem die feuchte Kälte, mag sie nun zu Rheumatismus geführt haben oder nicht. Als Belege zu dieser Annahme führt Verf. 8 kurze Krankheitsgeschichten nebst den zugehörigen Leichenbefunden an. Er weist zugleich auf die von Virchow nachgewiesene Verwandtschaft der Endokarditis mit dem atheromatösen Prozesse hin und hält es für wahrscheinlich, dass die rheumatische Diathese nicht selten desshalb zu Atheromasie disponirt, weil sie aus einer mangelhaften Funktionirung der Haut entsteht, welche gewisse Stoffe aus der Säftemasse nicht ausscheidet. Diese durch mangelhafte Thätigkeit der Haut im Blute zurückgehaltenen pathologischen Bestandtheile (Mauserstoffe) seien dann im Stande, durch Irritation der Gefässwände der Intima beim Durchströmen direkt atheromatöse Prozesse zu veranlassen. Aehnliche Wirkung, wie dem Rheumatismus, wurde auch der Gicht zugeschrieben. Ob dieselbe aber vom Vorhandensein überflüssiger Harnsäure oder harnsaurer Salze im Blute abhänge, sei nicht erwiesen. Die Betheiligung der Gicht als veranlassende Ursache der Atheromasie sei schwieriger nachzuweisen, weil Gicht eine Krankheit der Reichen und diese seltener zur Autopsie gelangten, also der anatomische Nachweis weniger leicht zu führen sei. Garrod fand atheromatöse und kreidige Niederschläge auf den Herzklappen in manchen Fällen, in denen nicht die mindeste Spur von Harnsäure, sondern nur Cholestearinkrystalle aufzufinden

waren. Dagegen berichten Lobstein und Edwards je einen Fall, in denen kalkige Ablagerungen aus phosphorsaurem und harnsaurem Natron und Kalksalzen bestanden. Das Gleiche wurde von Buchner, Jones, Bramson und Lanceraux beobachtet. Ebenso veröffentlichte Landerer einen Fall, in welchem ein Konkrement der Aorta 14 pCt. Harnsäure enthielt. Schon Ure schrieb der Retention der Harnsäure im Blute eine direkte Wirkung auf die Gewebe der Intima zu. Doch ist dies immer nur eine hypothetische Annahme. Verf. glaubt, dass der zu Gicht disponirende Genuss von Spirituosen und das Alter auch den atheromatösen Prozess begünstige, ohne dass man gerade die gichtische Diathese als besondere Dispositionsursache anzunehmen brauche. Von grossem Einflusse ist der Stoss der Blutsäule gegen die Tunica interna, welcher durch Muskelthätigkeit, Hypertrophie des Herzens oder andere Ursachen verstärkt wird. Rayer machte schon vor langer Zeit darauf aufmerksam, dass mit grosser Leichtigkeit ossifizirende Entzündungen an solchen Arterienstellen auftreten, welche plötzlicher Ausdehnung mehr ausgesetzt sind als andere. Virchow wies nach, dass die Arterienbogen und Bifurkationsstellen besonders leicht Erkrankungen unterliegen. Für diese Entstehungsweise atheromatöser Entartungen werden 7 Krankenfälle mit Autopsieen aufgeführt. Ausserdem spricht für diese zur Lokalisirung der Atheromasie prädisponirende Ursache die Häufigkeit der Atheromasie der Aorta bei Insufficienz der Herzklappen. Dieselbe wird durch die daraus resultirende konsekutive Herzhypertrophie wesentlich begünstigt. Nach Prof. Tommasi gibt das Einathmen heisser Luft zu Endoarteritis des Ursprungs der Aorta und zu Affektionen der Semilunarklappen nicht selten Veranlassung. Diese Affektionen kommen, wie die klinische Erfahrung lehrt, bei Köchen, Heizern von Dampfmaschinen, Schmieden und Feuerarbeitern jeder Art häufig vor. Fünf Fälle von Köchen und 2 solche bei Bäckern werden zum Belege dieser Einwirkung mitgetheilt. (Schluss folgt.)

Prof. Hüter veröffentlicht in der „Deutschen Zeitschrift für Chirurgie“ VIII S. 221 ff. praktische Notizen zur Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates. Dieselben betreffen I. die platten Katheter. Ihr Querschnitt ist dem Querschnitte der Pars membranacea nachgebildet, entspricht also einem Oval, dessen Breitendurchmesser sich zum Höhendurchmesser verhält wie 2:1. Die Augen des Instrumentes, welches in allem Uebrigen dem gewöhnlichen gekrümmten Katheter ähnelt, liegen in der hinteren und vorderen Wand. Bei Prostata-Schwellungen und falschen Wegen der Pars membranacea gelang die Einführung eines solchen Katheters in die Blase in Fällen, in denen die gewöhnlichen Instrumente versagten. — II. Zur Nachbehandlung der Urethrotomia externa, der Lithotomie und Lithotripsie. Diese muss damit beginnen, vor Anlegung des Verbandes durch Bespülung der Blase und Harnröhre mit zweiprozentiger Karbolsäurelösung eine vollständige Desinfektion dieser Theile herbeizuführen. Darauf folgt die Anlegung eines feuchten Karbolverbandes. Wird der Urin mit dem Katheter entleert, so erfolgt jedes Mal darnach oder mindestens zwei Mal des Tages eine desinfizirende Irrigation. Geht der Urin durch die Wunde, so ist der Wärter angewiesen, sofort darnach die benetzten Flächen mit Karbolsäurelösung abzuspülen. In jedem Falle wird die Wunde mit einem neuen feuchten Verbande bedeckt. Ebenso muss der Lithotripsie unmittelbar eine sehr sorgfältige Abspülung der Blasenschleimhaut mit wässeriger Karbolsäurelösung folgen. Als Grund entwickelt Hüter die Hypothese, dass in die Steinbildung entzündungserregende Irritamente eingeschlossen sein können, welche durch die Lithotripsie frei werden und in Berührung mit der Blasenschleimhaut Cystitis bis zur Höhe der diphtherischen Formen erzeugen können. Die methodische antiseptische Irrigation beseitigt alle Noxen, welche durch die Operation frei werden können. —

Nachdem Lister die Borsäure als Verbandmittel in der Chirurgie empfohlen und Dumas der Akademie der Wissenschaften zu Paris ihre gährungswidrigen Vorzüge chemisch nachgewiesen hat, unternahm Giovanni Polli zahlreiche Experimente, um sich von der antifermentativen Wirkung dieser Säure auf organische Substanzen, wie Milch, Urin, Eier, Blut, Fleisch u. s. w. zu überzeugen, ja dehnte sogar ihre Anwendung auf dyskratische Hautkrankheiten, auf schlecht aussehende Wunden so wie auf kontagiöse Affektionen der Schleimhäute aus. Er konnte die antiseptischen und den Narbenbildungs-

Vorgang befördernden Eigenschaften bestätigen. Nach Prüfung der nothwendigen Dosen des Mittels wandte er dasselbe auch bei Infektions-Krankheiten, bei Sumpffiebern und Typhen an. Er glaubt, der Borsäure und dem borsauren Natron vor anderen antipyretischen Mitteln den Vorzug geben zu müssen, weil dieselben nicht giftig sind, weder Geschmack noch Geruch affiziren und in grösseren Gaben gereicht werden können. Ausserdem ist der Preis ein sehr billiger, zumal in Italien, wo die Seen von Monte Cereboli und Monte rotondo eine so reichliche Menge liefern, dass ganz Europa damit versorgt werden könnte. (Atti dell' Instituto Lombardo, Decembre, 1876.) —

Die grosse Seltenheit eines gleichzeitig eintretenden Bruches beider Schlüsselbeine veranlasst Dr. Gellner zu Breslau, den folgenden derartigen Fall in der allg. mediz. Centralzeitung v. 15. Sept. 1877 zu veröffentlichen: Carl M., Kaufmann, 18 Jahre alt, fiel am 18. August d. J. aus einer Höhe von zwei Metern mit beiden vorgestreckten Armen auf's Steinpflaster. Bei der Untersuchung fand Verf. das rechte Schlüsselbein nach aussen vom Ligamentum coraco-clavicular gebrochen; es bestand eine nur geringe Verschiebung der Bruchenden ad latus. Linkerseits war die Clavicula in der Mitte an deren vorderer Konvexität gebrochen; das äussere Bruchstück war nach innen und unten gezogen und das innere Bruchende lag auf dem äusseren. — Die Reposition gelang leicht durch Zug an der Schulter nach hinten und aussen; die Retention wurde durch Lagerung des Kranken auf eine straff gepolsterte, unter die Wirbelsäule geschobene Rolle vollkommen erreicht, indem hierbei die Schultern frei lagen und durch ihre Schwere nach hinten und aussen gezogen blieben. Gegenwärtig — $3^1/_2$ Wochen nach dem Falle — ist die Konsolidirung der Bruchenden ohne jede Difformität erfolgt. Dieser Fall beweist wiederum, dass eine zweckmässige Lagerung des Kranken bei Schlüsselbeinbrüchen die erfundenen komplizirten, den Kranken grösstentheils sehr belästigenden Verbände entbehrlich macht. —

Patterson Casells glaubt, dass bei Anwendung der Nasendouche Gefahren für das Ohr nur bei Missbrauch derselben entständen und solche sich bei genügender Vorsicht vermeiden lassen. Er überlässt den Gebrauch der Nasendouche nicht dem Patienten selbst. Der Flüssigkeitsstrom wird alle 5 Sekunden unterbrochen, um den Patienten zu erlauben, sich auszuruhen und durch eine kräftigere Exspiration bei geschlossenem Munde die Nase zu reinigen. Die Douche wird unterbrochen, wenn der Patient aufhört zu respiriren, was er ununterbrochen kurz und kräftig thun soll, oder wenn unwillkürliche Bewegungen eintreten. Nach der Douche reinigt der Patient durch den Expirationsstrom die Nase. Die Douche soll nur bei genügend instruirten Patienten angewandt werden. Auf diese Weise ist es Casells gelungen, die Douche ohne jeden unangenehmen Zwischenfall bei einer sehr grossen Anzahl von Patienten anzuwenden. — Zaufal, Schalle und B. Fränkel hatten jedoch „trotz aller Vorsicht" üble Ereignisse am Ohre zu beklagen, welche durch die Nasendouche veranlasst wurden: Zaufal und B. Fränkel einfache Otitis media, Schalle das Eindringen eines Hartgummispans der Spritze durch die Tuba in die Paukenhöhle und nachfolgende Perforation des Trommelfelles, durch welche der Fremdkörper extrahirt wurde. Alle drei halten aber die Nasendouche für unentbehrlich und geben desshalb ausser den schon bekannten Vorsichtsmassregeln neue Massregeln an, um die Gefahren für das Ohr zu beseitigen. Schalle empfiehlt die Anwendung gläserner Spritzen. Zaufal lässt den weichen Gaumen vom Munde aus mit den Fingern so gegen die Tubenmündungen drücken, dass dieselben vollständig verstopft werden, und hat in neuester Zeit (Prager med. Wochenschr. Nr. 28) ein zangenförmiges Instrument angegeben (Tubenkompressor), welches die Finger des Arztes ersetzen soll. B. Fränkel lässt, so lange Wasser durch die Nase fliesst, den Patienten U sagen, um hierdurch einen Verschluss der Tubenmündungen zu erzielen. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1877, 6. Oktbr.)

Brouardel bespricht in der Gazette des Hôpitaux, 1877, 83, den Einfluss der Abführmittel auf das Zahlenverhältniss der Blutkörperchen. Er konstatirte durch Zählungen eine Zunahme derselben bis um 1 Million für den Kubikmillimeter. Diese Zunahme ist nicht immer so beträchtlich, doch hat sie Br. stets grösser als 200,000 gefun-

den. Es ist nicht nothwendig, dass die Purganz von sehr zahlreichen Entleerungen gefolgt sei, im Gegentheile genügen 1—4 Stühle, um eine solche Konzentration herbeizuführen. Die Zunahme der Blutzellenzahl geht dem Augenblicke der ersten Excretio alvi voraus; 24 Stunden nach der Purgation ist die Zahl der rothen Blutzellen dieselbe wie vorher. Der Einfluss einer Purganz auf die Zahl der farblosen Blutzellen ist veränderlich. Brouardel fand dieselbe bald vermehrt, bald vermindert. Bei einem Mann fand er 4,849,395 rothe und 7,852 farblose Blutkörperchen; das Blut war so konzentrirt, dass es aus einem Leberschnitte wie zäher Syrup tropfte. Aus dieser und aus Lépine's Beobachtung über den Einfluss der Nahrungszufuhr auf die Blutzellenzahl bei Neugeborenen zieht Brouardel den Schluss, dass Inanition und Purganzen denselben Effekt haben, nämlich relative Zunahme der rothen Blutzellen. Eine darnach konstruirte paradoxe Formel würde lauten: „Willst du einen Menschen plethorisch machen, so lass' ihn hungern und laxiren". Verf. erschrickt übrigens selbst vor dieser Folgerung und gesteht vernünftigerweise ein, dass man bei Beurtheilung von Körperzuständen nicht einem Phänomene allein Rechnung tragen müsse. —

Porter empfahl Polster aus Sägemehl von Nadelholz zum Wundverbande anzuwenden und G. W. Callender machte in dieser Beziehung einige Versuche. Säckchen aus Mull von entsprechender Grösse und Form wurden mit durchgesiebtem Sägemehle locker gefüllt und dann abgenäht. Dieselben wurden über einen die Wunde deckenden Karbolverband gelegt, der bei offenen Frakturen auch zum Polstern der Schienen verwendet wird. In den Fällen, an welchen Callender experimentirte, bewährte sich das einfache Verbandmittel sehr gut; es waren zwei Amputationsfälle, mehrere offene Frakturen, Nekrosen, Abszesse u. s. w. Die Säckchen saugten leicht die Wundsekrete auf, konnten mehrere Tage lang liegen gelassen werden und das von ihnen aufgenommene Sekret blieb geruchlos, selbst wenn es schon vorher eiterig war. Callender empfiehlt darauf hin die Anwendung dieser Kissen sehr warm, doch räth er, sich nicht allein auf dieselben zu verlassen, sondern die Wunden zunächst mit einem Karbolöl-Läppchen zu bedecken und erst darüber das Sägemehlkissen zu legen. (The Lancet, 1877, 23. Juni.)

Dr. Hugonneau gibt als die anatomischen Charaktere der interstitiellen syphilitischen Glossitis reichliche Hyperplasie der Zellen auf Kosten des Schleimhautbindegewebes an; entweder bleibt diese Hyperplasie auf die Schleimhaut beschränkt oder sie infiltrirt auch das interstitielle Bindegewebe der Muskeln und tritt zum Theile an dessen Stelle. Diese Affektion tritt in zwei Formen auf, einer oberflächlichen und einer tiefen, und jede dieser zwei Formen hat zwei Perioden in ihrem Laufe: eine aktive, in der Proliferation erfolgt und Hypertrophie entsteht, und eine zweite, in welcher sich Atrophie entwickelt. Pathognomonische Zeichen der interstitiellen syphilitischen Glossitis sind Furchen, Risse und Spalten, welche unregelmässig nach allen Seiten verlaufen; Ulzerationen kommen häufig dabei vor, die sich meist als Risse und Furchen, manchmal auch als oberflächliche Exkoriationen zeigen; nach Verf. sind sie blos Nebenerscheinungen und stehen mit der syphilitischen Diathese in keinem Zusammenhange. — Neben dieser typischen Form gibt es auch eine zweite modifizirte, welche durch übermässiges Rauchen hervorgebracht wird und nur aus einer Verbindung der Glossitis syphilitica und der der Raucher besteht, deren Symptome sich gegenseitig modifiziren. Die unter dem Namen Psoriasis lingualis beschriebene Form hat mit Psoriasis nur das äussere Ansehen gemein. Hugonneau nennt sie „Glossite scléreuse psoriasiforme" und hebt hervor, dass bei solchen Fällen die zeitige Stellung der richtigen Diagnose von grosser Wichtigkeit sei, weil Quecksilber bei dieser Affektion eine perniziöse Wirkung besitze. Während der ersten Periode der interstitiellen syphilitischen Glossitis ist eine äusserst sorgfältige Reinigung von grosser Wichtigkeit. Durch Anwendung von Jodkalium kann man nach Verfasser in diesem Stadium den Verlauf der Krankheit beschränken, während später, wenn die Zunge bereits in fibroide Transformation übergegangen, alle Therapie ohnmächtig ist. (Schmidt's med. Jahrb., 1877, Nr. 6.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 43. *Erlangen*, am 27. Oktober 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Die Systemerkrankungen im Rückenmarke. Ueber Atheromasie (Schluss). Die Ausscheidung des Weingeistes durch Nieren und Lungen. Morphiumwirkungen. Interner Opiumgebrauch gegen Lichtscheu skrophulöser Kinder. Akonitinwirkungen bei Neuralgieen. Ueber Milzbrand. Verhaltungsmassregeln für Phthisiker. Ueber Migraine.

Einer Arbeit P. Flechsig's über „Systemerkrankungen im Rückenmarke" entnehmen wir Folgendes: Während die Pyramidenbahnen im Rückenmarke und dem verlängerten Marke allen anderen Längsfaserzügen in der Entwicklung nachschleppen, bilden sie in der vorderen Brückenabtheilung und im Grosshirnschenkelfusse diejenigen Faserzüge, welche sich von allen zuerst mit Markscheiden umhüllen. Sie werden dadurch leichter verfolgbar. Auch in der inneren Kapsel bilden sie bei Fötus resp. Kindern von 46—50 Cm. Körperlänge ein gesondertes Bündel. Bezüglich der Lagerung dieses Bündels in seinem langen Verlaufe macht Verf. folgende Angaben. In die vordere Brückenabtheilung eingetreten theilt sich jede Pyramide in eine Anzahl kleinerer Bündel. Im Grosshirnschenkelfusse fliessen dieselben wieder zusammen und bilden einen etwas grösseren, annähernd rhombischen Querschnitt. Dieser liegt, wenn man den Grosshirnschenkelfuss von innen nach aussen in 4 gleich breite Abschnitte zerlegt, hauptsächlich im dritten Viertel. In der inneren Kapsel steigt sie nun in dem hinteren, dem Sehhügel anliegenden Schenkel nach aufwärts und zwar in demjenigen Theile, welcher dem mittleren Drittel der Längenausdehnung des Sehhügels entspricht. Nach innen bleiben sie von letzterem durch eine Faserschichte getrennt, deren Elemente von der Aussenfläche des Thalamus opticus in den Stabkranz übergehen; nach aussen dagegen haben sie direkt die hintersten Abschnitte successiv des 1., 2. und 3. Gliedes des Linsenkernes neben sich. Nur in den untersten Ebenen der inneren Kapsel schiebt sich ein Theil der Linsenkernschlinge (vom Verf. mit einem Fragezeichen begleitet — Ref.) zwischen sie und das erste Glied des Linsenkerns. Der Eintritt der Pyramiden-Bahnen in das Centrum semiovale erfolgt, von vorn nach hinten gezählt, etwa im 3. Viertel des Nucleus caudatus, dicht an der oberen Kante des Linsenkernes. Hier verflechten sich ihre Fasern vielfach mit andersartigen, zerstreuen sich jedoch im Ganzen nur wenig. Ein Theil der Fasern behält die alte Richtung bei und gelangt an die oberen Abschnitte der Centralwindungen, namentlich der vorderen, ein anderer Theil gelangt zu den hinteren Enden der zwei oberen Stirnwindungen und zum Praecuneus. Diese Rindenbezirke enthalten die Endstationen der Pyramidenbahnen. Die Linsenkerne stehen zu den Pyramidenbahnen in keiner näheren Beziehung, nirgends hat Verf. Faserbündel sich abzweigen und zum Linsenkern treten sehen. Dasselbe gilt für den Nucleus caudatus. Es zeigt sonach keines der sogenannten Ganglien des Hirnschenkelfusses eine Beziehung zu den Pyramidenbahnen. Eine weitere Stütze für diese Thatsache findet Verf. in den inzwischen von Charcot über die sekundäre Degeneration nach Grosshirnläsionen veröffentlichten Erfahrungen. Letzterer hat bekanntlich gefunden, dass nur Zerstörungen der Centralwindungen, der Lobuli paracentrales und der nächstangränzenden

Theile der Stirn- und Scheitel-Windungen sekundäre Degeneration der Pyramidenbahnen nach sich ziehen. Bezüglich des Hirnmarkes hat Charcot den Satz ausgesprochen, dass Herde, um sekundäre Degeneration zu bewirken, nicht zu weit vom Fusse des Stabkranzes entfernt sein dürfen. Verf. findet dagegen in 4 Fällen, in welchen Türck sekundäre Degeneration nachweisen konnte, dass die betreffenden Herde ausschliesslich innerhalb der zwischen Centralwindungen und Grossbirnganglien eingeschobenen Markmassen sassen oder wenigstens vom Stirn- beziehentlich Hinterhaupts-Lappen her in dieses Gebiet hineinragten. Es steht also nur ein beschränktes Gebiet des Hemisphärenmarkes zu den Pyramidenbahnen in näherer Beziehung und zwar dasjenige, welches den zur „Zone motrice corticale" Charcot's gehörigen Antheil des Stabkranzes in sich birgt. In diesem aber legen nach Verf. Forschungen die Pyramidenbahnen ihren Weg zur Rinde zurück. — Betreffs der Grossbirnganglien gelangt Verf. ebenfalls durch eine Uebersicht über das vorliegende Material zu dem Resultate, dass auf dieselben beschränkte Läsionen keine sekundäre Degeneration setzen, und damit stimmen seine oben wiedergegebenen entwicklungsgeschichtlich gefundenen Daten überein (so dass eine Beziehung derselben zu den Pyramidenbahnen ausgeschlossen ist). Hinsichtlich der inneren Kapsel weichen die Angaben Charcot's beträchtlich von denen Flechsig's ab, indem Ersterer als Resultat seiner klinischen Erfahrungen den Satz hinstellt, dass nur innerhalb der vorderen 2 Drittheile der inneren Kapsel gelegene Herde sekundäre Degeneration zur Folge haben. Mit den oben entwickelten Anschauungen des Verf. über die Lage der Pyramidenbahnen lässt sich dies nicht vereinen. Da Charcot die speziellen Beweise für seine Behauptung schuldig bleibt, so ist Verf. auf einige eigene und die von Türck veröffentlichten Beobachtungen angewiesen, dem einzigen Autor, welcher hinreichend deutliche Ortsbezeichnungen der Herde gibt. Es fragt sich hier zunächst: in welchem Abschnitte der inneren Kapsel die nach Läsion der „Zone motrice corticale" (Charcot) zu findende sekundäre Degeneration liegt? — Zwei Fälle von Türck weisen dafür denjenigen Abschnitt nach, welcher dem 3. Viertel und dem mittleren Drittel des Sehhügels entspricht. Zugleich fand sich das 3. Viertel des Grosshirnschenkels sekundär erkrankt. Weiter bleibt aber zu prüfen, ob ausschliesslich Herderkrankungen der inneren Kapsel, welche besagten Abschnitt zerstören, sekundäre Degenerationen der Pyramidenbahnen erzeugen. Fünf einschlägige Beobachtungen des Verf. und ebensoviel von Türck, in welchen die Capsula interna entweder allein oder mit angränzenden Theilen der Grosshirnganglien zerstört war, zeigten nun gerade das oben genannte Stück der inneren Kapsel in Mitleidenschaft gezogen. In 4 anderen Beobachtungen von Türck, welche vordere Gegenden der inneren Kapsel betreffen, bleibt es zweifelhaft, ob nicht die Pyramidenbahnen an irgend einer Strecke ihres Verlaufes mit betroffen sind, und Beweise dafür, dass das vorderste Drittel der inneren Kapsel mit in Betracht kommt, vermisst Verf. vollständig. Die Behauptung Charcot's ist seiner Ansicht nach nur dadurch zu erklären, dass er die Regionen der inneren Kapsel, deren Läsionen sekundäre Degeneration setzt, mit denjenigen identifizirt, deren Erkrankung motorische Störungen im Gefolge hat (s. weiter unten). Die Lage der sekundären Degeneration im Grosshirnschenkelfusse und der Brücke kann nur dann zu richtigen Schlüssen verwerthet werden, wenn man sich gegenwärtig hält, dass der Grosshirnschenkelfuss ausser den Pyramidenbahnen noch eine Anzahl von Fasersystemen enthält, welche absteigend sekundär degeneriren und entweder im Pons ihr vorläufiges Ende erreichen, oder in den Brückenarm umbiegen; es sind daher für die Bestimmung der Pyramidenbahnen nur solche Fälle, wie die beiden oben erwähnten Türck's, verwerthbar. Ist die innere Kapsel in grösserer Ausdehnung erkrankt, so können gerade die anderen Bahnen betroffen sein. Auch von dem anderen Drittel der inneren Kapsel aus kann ein Theil des Hirnschenkelfusses degeneriren. Das Studium des Gehirnes von Neugebornen ergibt, dass sich die verschiedenen Fasersysteme des Pes pedunculi in die innere Kapsel fortsetzen unter Beibehaltung ihrer gegenseitigen relativen Lage. Die innersten Bündel der ersteren werden zu den vordersten der letzteren, die äussersten jenes zu den hintersten dieser. So erklärt sich die Beobachtung von Charcot und Vulpian, dass sich die Lage der in Folge von Herderkrankungen der inneren Kapsel sekundär degenerirten Bündel des Hirnschenkelfusses um so mehr dem inneren Rande des letzteren nähert, je weiter die Herde in ersterer nach vorne rücken. Für Herde in der Brücke sind die Ortsbeschreib-

ungen nicht ausreichend, um Schlüsse zu erlauben; nur so viel geht aus Allem hervor, dass die sekundäre Degeneration stets auf die vordere Brückenabtheilung beschränkt ist. — Die Oblongata zeigt sekundäre Degeneration ausschliesslich in dem Gebiete, welches der Pyramidenbahn des Verf. entspricht. Die Zahl der ergriffenen Elemente innerhalb derselben ist individuell wechselnd. In der inneren Kapsel und der vorderen Brückenabtheilung genügen Herde von $^1/_2$ bis 1 Cm. Durchmesser, um eine sekundäre Degeneration scheinbar sämmtlicher Fasern der entsprechenden Pyramide herbeizuführen. — Partielle Zerstörung der „Zone motrice corticale" ruft nur partielle der Pyramide hervor und aus einer Beobachtung des Verf. wird es wahrscheinlich, dass Zerstörung der ganzen „Zone motrice" totale Degeneration der Pyramide zur Folge hat. — Bezüglich der Verhältnisse der sekundären Degeneration im Rückenmarke muss auf das Werk des Verf. („die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen", Leipzig 1876) verwiesen werden. Verf. gelangt schliesslich aus seiner Darstellung zu der Folgerung, dass sowohl im Ganzen als im Einzelnen die über die sekundäre Degeneration bekannten Thatsachen mit seinen entwicklungsgeschichtlichen Ergebnissen übereinstimmen. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1877, 29. Sept.)

Antonio Curci: Ueber die atheromatöse Entartung der Arterien (Schluss des in Nr. 42 S. 334 abgebrochenen Aufsatzes). Tommasi ist geneigt, diese Wirkung vorzüglich auf den Einfluss der von den brennenden Kohlen sich entwickelnden Gase, welche von den Arbeitern eingeathmet werden, namentlich auf das Kohlenoxydgas, zu beziehen, welches nach Klebs Erweiterung und Verlängerung der Blutgefässe durch Atonie ihrer Muscularis verursacht. Es ist jedoch auch die Wirkung der Kohlengase und namentlich des Kohlenoxydgases auf die physiologischen Eigenschaften der Blutkügelchen und aller Gewebe zu berücksichtigen, welche mit solchen Gasen in Berührung kommen. Dieselben verlieren nämlich (nach Bernard) die Fähigkeit, Sauerstoff aufzunehmen und in Kohlensäure umzusetzen. Jahrelange Beschäftigung am Feuer muss demnach eine nachtheilige Wirkung auf die allgemeine Ernährung ausüben und vor Allem muss die innere Gefässhaut bei fortwährender Berührung mit pathologisch veränderten Blutkügelchen leiden und zu Neubildungen disponirt werden. Ausser diesen Einflüssen sind jedoch die übrigen Lebensverhältnisse der Feuerarbeiter bei Berücksichtigung ihrer Disposition zu Atheromasie von Wichtigkeit, z. B. die häufigen Gelegenheiten zu Erkältungen und die jähen Temperaturwechsel, denen sie beständig ausgesetzt sind. — Eine grosse Rolle beim Entstehen der Atheromasie spielt der Missbrauch alkoholischer Getränke und theilt Verf. zum Beweise 6 Fälle kurz mit. — Der Einfluss der Syphilis auf atheromatöse Degeneration der Arterien ist zweifelhaft. Obschon Verf. 6 Krankheitsgeschichten nebst Autopsieen anführt, in welchen Syphilis dem atheromatösen Prozesse vorausgegangen war, so macht er doch darauf aufmerksam, dass in diesen Fällen noch andere Atheromasie veranlassende Momente gleichzeitig aufgefunden wurden; z. B. Muskelanstrengungen, Erkältungen, Feuchtigkeit, Alkoholmissbrauch, Malaria-Siechthum, wesshalb es unentschieden bleibt, ob Syphilis ohne solche Komplikationen die Affektion erzeugt haben würde. Gleichwohl wird der Einfluss der Syphilis in Anschlag zu bringen sein, da dieselbe vorzeitiges Altern und somit auch atheromatöse Prozesse begünstigt. Aneurysmen hat Verf. häufig bei Syphilitischen nachweisen können. — Bei Bleivergiftung wird Atheromasie oftmals gefunden und glaubt Verf. die Ursache dieser Erscheinung ebensowohl in der Harnsäureproduktion, welche durch Bleiintoxikation herbeigeführt wird, als in der dadurch erzeugten Kachexie suchen zu sollen. — Chronische Nierenkrankheiten, insbesondere interstitiale und parenchymatöse Nephritis, sind sehr oft von Atheromasie gefolgt. Auch in solchen Fällen, in denen Nephritis während des Lebens nicht diagnostizirt worden war, fanden sich oft bei der Autopsie Nieren-Erkrankungen neben atheromatösen Prozessen. Dies ist erklärlich, wenn man berücksichtigt, dass Nierenaffektionen zu energischer Thätigkeit des linken Herzens und Hypertrophie desselben Veranlassung geben, und dass die dadurch bedingte Albuminurie immer zu Perikarditis und Endokarditis disponirt. Breitet sich der atheromatöse Prozess auf alle Gewebstheile der Arterien aus, dann geht die Elastizität und Kontraktilität der Adern zu Grunde. Unter dem Drucke der vom Herzen fortgepumpten Blutwelle erweitern sich die Arterien mehr und verlängern sich mehr, als

es bei normalem Zustande ihrer Wandungen geschieht, dagegen erreichen sie beim Nachlasse des Blutdruckes ihr vorheriges, normales Volumen nicht vollständig wieder. Dieser Zustand wird nach einiger Zeit ein bleibender, die Arterien schlängeln sich, oberflächliche werden leichter sichtbar und zeigen beim Pulsiren seitliche, schlängelnde Bewegungen. Auch bei völlig normaler Herzthätigkeit wird der Blutumlauf verlangsamt, er erfolgt nicht mehr vollständig gleichmässig, sondern mit gewissen Unterbrechungen, wird saccadirt. Diese pathologische Funktion der Cirkulationsorgane steigert sich, wenn zur fettigen Entartung, zur einfachen Atrophie der Tunica media sich eine Verdickung des subendotelialen Bindegewebes und der Adventitia gesellt, und noch mehr, wenn die kalkige Degeneration sich weiter ausbreitet und die Media ergreift. Dann tritt an Stelle der früheren Elastizität und Kontraktilität eine vollständige Starre; die Arterie wird rigid. In solchen Adern fliesst das Blut langsamer. Dies entspricht der Marey'schen Beobachtung, dass in starren Röhren Flüssigkeiten sich langsamer fortbewegen als in elastischen. Das sphygmographische Bild des Pulses bei der Atheromasie (des senilen Pulses nach Marey) zeichnet sich aus durch seine Breite, durch die rasche und steile Erhebung der aufsteigenden Linie durch eine an Stelle der spitzen Höhe des physiologischen Pulses getretene horizontale Ebene, durch beinahe vollständige Abwesenheit des Dikrotismus der absteigenden Linie. Der grössere Widerstand, den der Blutstrom beim Blutumlaufe in den Arterien findet, bedingt eine grössere Energie der Systole des linken Herzens, welche allmählig zu Hypertrophie desselben führt. Der verstärkte Stoss der Blutwelle gegen atheromatös entartete Arterienwände wiederum zieht leicht Erweiterungen der Arterien an den Stellen nach sich, welche dem Stosse der Blutsäule am meisten ausgesetzt sind, z. B. des Ostium und des Bogens der Aorta. Drei Fälle davon werden angeführt, aber es wird beigefügt, dass bei überhaupt 116 Befunden von Atheromasie der Aorta sich in 27 Fällen Erweiterungen, zuweilen von der Bedeutung eines Aneurysma, vorfanden. Die Aorta ascendens war 8 Mal erweitert; an dem Ursprunge der Aorta wurden 5 Mal, 4 Mal am Arcus aortae Dilatationen gefunden. Die Arteria pulmonalis fand sich 2 Mal durch atheromatösen Prozess erweitert. — Aneurysmen kamen in Verf. Fällen mit der Atheromasie 11 Mal vor, und zwar sassen dieselben an verschiedenen Stellen. Ausser der diffusen oder circumscripten Erweiterung der Arterien bringt die Atheromasie aber auch eine Verengerung derselben zu Stande und zwar in den kleinen Arterien, indem sich die atheromatöse Masse in das Lumen derselben hineindrängt und dasselbe verkleinert. Ueberdiess geht die Fähigkeit der Arterien, sich durch vasomotorische Thätigkeit zu erweitern und zu verengern, verloren. Die Nerven haben keine Gewalt mehr über dieselben und nur mechanische Einflüsse vermögen solche atheromatöse Arterien zu erweitern und zu zerreissen. Im Anfangsstadium, wenn die kleinen Arterien durch fettige Degeneration schlaff und leicht ausdehnbar geworden sind, geben sie leicht zu Kongestionserscheinungen Veranlassung, die sich bei Kongestion nach dem Gehirne in Schwere des Kopfes und Betäubung äussern. In den späteren Stadien bedingt die kalkige Infiltration durch Verengerung des Lumens der kleineren Arterien eine Verlangsamung des Blutlaufs in denselben und somit eine Verringerung der Ernährung in den betroffenen Partieen mit ihren Folgen: der senilen Atrophie, der Erweichung des Gehirnes etc. Kommt diese Erkrankung der Gefässwände in sezernirenden Organen vor, so wird die Funktion derselben beeinträchtigt, es erfolgt z. B. Nephritis mit Albuminurie; atheromatöse Entartung der Arteriae coronariae bedingt Atrophie des Herzens. Die in das Lumen der kleinen Arterien hineindrängende atheromatöse Masse kann dasselbe aber auch vollständig verstopfen. Thrombose und Embolie der kleinen Arterien und Kapillaren sind häufige Begleiterscheinungen der Atheromasie. Die durch den atheromatösen Prozess herbeigeführte Brüchigkeit der Arterien begünstigt das Zustandekommen von Blutungen, Apoplexieen und Infarkten. Sie bildet indessen nur eine Disposition dazu. Damit dieselben erfolgen, ist es nothwendig, dass ein vermehrter Blutdruck auf die Arterie wirke, welcher bekanntlich die Folge sehr verschiedener Ursachen sein kann. — Häufig affizirt der atheromatöse Prozess die Herzklappen und bewirkt Insufficienz derselben. In 26 Fällen von verschiedener Degeneration der Herzklappen waren die Aortenklappen 17 Mal atheromatös und 8 Mal zugleich insufficient; die Mitralklappe war 8 Mal atheromatös entartet und 3 Mal zugleich insufficient. Die Klappen der Arteria pulmonalis fanden sich nur einmal atheromatös entartet. Schliesslich

wird noch darauf hingewiesen, dass Atheromasie der Arteriae coronariae die neuralgischen Erscheinungen der als Angina pectoris bezeichneten Affektion herbeiführt. Ueber die Häufigkeit der Atheromasie in den verschiedenen Gebieten des Arteriensystemes. haben Lobstein, Bizot und Rokitansky unter sich abweichende Ergebnisse gefunden. Die im pathologischen Institute zu Neapel aufgezeichneten 116 Fälle von Atheromasie vertheilen sich folgendermassen: Aorta adscendens 75 Mal; Arcus aortae 41 Mal; Aorta thoracica descendens 28 Mal; Aorta abdominis 19 Mal; die Gehirnarterien 16 Mal; Anfang der Aorta 12 Mal; Aorta basilaris 10 Mal; Arterien der unteren Extremitäten 6 Mal; Arteriae coronariae 6 Mal; die Hauptäste der vom Arcus aortae abgehenden Arterien 5 Mal; Arteriae iliacae 5 Mal; Carotis interna 3 Mal; Arteria splenica 3 Mal; Arteria pulmonalis 2 Mal; Arteria colica und Arteria coeliaca je 1 Mal. (Schmidt's Jahrb., 1877, 7.)

Auf Grund von Versuchen der Herren H. Heubach und A. Schmidt bespricht Prof. C. Binz im Archiv f. experimentelle Pathologie VI Seite 287 „die Ausscheidung des Weingeistes durch die Nieren und Lungen". Seine Arbeit führt ihn zu dem Resultate, dass eine erhebliche Ausscheidung eingeführten Alkohols durch den Harn und die Expirationsluft nicht Statt habe. Die bisherigen Untersucher hätten zum Alkohol-Nachweise im Harne, dem Speichel etc. sich entweder der Reaktion mit Chromsäure oder der mit Jod bedient. B. macht darauf aufmerksam, dass diese Reaktionen nur bei Abwesenheit anderer organischer Körper zulässig seien. Er benütze desshalb das Geissler'sche Vaporimeter, dessen Anwendung auf dem Prinzipe der Expansions-Differenzbestimmung bei gleichen Volumina Wasser oder Weingeist unter dem Einflusse der Siedehitze besteht. Es gestattet Ablesungen von 0,05 pCt. Eine Fehlerquelle zeigte sich darin, dass man den (neutralisirten) Urin nicht länger als 8 Min. dem Versuche aussetzen konnte, ohne eine Beimengung von gasigen Zersetzungsprodukten aus den organischen Bestandtheilen des Harnes befürchten zu müssen, und dass andererseits in dieser kurzen Zeit selbst bei destillirtem Wasser noch nicht die volle Spannung erreicht wurde. So ergaben denn Kontrolversuche mit normalem Urine, dem bestimmte Alkoholmengen zugesetzt waren, statt 2 pCt. nur 1,5—1,7 pCt. Auch die Konzentration des Harnes, sein Gehalt an anderen, salzartigen u. s. w. Substanzen bildet eine Fehlerquelle, und einiges Andere. Nichtsdestoweniger bleiben doch die im Urine von 6 fiebernden Kranken (Phlegmone, Erysipel, Trauma, Pneumonie, Parametritis und Phthisis) nach Alkoholgebrauch in 22 Bestimmungen gefundenen Alkoholmengen (während 9—10 Stunden nach dem Genusse) so klein (zwischen 0 und 3,1 pCt. des gegebenen Alkohols), dass selbst unter Anrechnung der Fehlerquellen doch nur ein Bruchtheil des Alkohols den Körper durch die Nieren unverändert verlässt. — Die Annahme, dass die Exspirationsluft nach Alkoholgenuss Alkohol enthalte, ruht auf der Erfahrung, dass man es riechen kann, ob Jemand spirituöse Getränke getrunken hat. Was man aber riecht, ist nicht Alkohol, sondern die verschiedenen Aether, Fuselöl etc. Genuss von verdünntem Alkohol in der Menge, die dem Gehalte einer halben Flasche Champagner entspricht, ist durch den Geruch nicht zu ermitteln. Das Gleiche gilt von subkutaner Einverleibung, die sofort nur dann zu erkennen ist, wenn dem Alkohol Fuselöl zugesetzt war. Zum chemischen Nachweise etwa in der Exspirationsluft befindlichen Alkohols athmete die Versuchsperson entweder durch drei mit kaltem destillirtem Wasser versehene Wulff'sche Flaschen oder durch einen Destillirapparat mit Liebig'schem Kühler. Kontrolversuche mit Durchleitung von Alkoholdämpfen zeigten die Zulänglichkeit dieser Apparate, den Alkohol zu fixiren. In 12 Versuchen, in denen theils unmittelbar nach dem Genusse von 30 bis 60 Cc. Alkohols (in Zuckerwesser) theils bis zu 6 Stunden nach dem Genusse 1—2 Stunden lang unausgesetzt durch den Apparat exspirirt wurde, fand sich bei der Prüfung mit dem Vaporimeter keine Spur von Alkohol in der betreffenden Flüssigkeit. Selbst unter der Annahme, dass der Alkohol 15 Stunden gebrauchte, um von den Lungen abzudunsten, so hätte der betreffende Bruchtheil des genossenen Alkohols bei der Empfindlichkeit des benutzten Verfahrens mit Sicherheit aufgefunden werden müssen. Dass die Haut Alkohol abgäbe, wenn die günstiger situirte Lunge es nicht thut, ist wohl nicht anzunehmen, und da der durch die Nieren abgeschiedene Theil höchstens 6 pCt. (unter Anerkennung der Fehlerquellen) beträgt, so muss der Rest dem Stoffwechsel anheimfallen. Dass bei einer so

starken Verdünnung, wie sie der Alkohol in den Körpersäften erfährt, er in der Lunge bei 37—39° nicht abdestillirt, hat seine Analogieen auch ausserhalb des Organismus. —

In seinen „Vorlesungen über die Anästhetica und die Asphyxie“ (Paris, 1875) betont Cl. Bernard an mehreren Stellen die auffällige Dunkelheit, welche hinsichtlich der Wirkungen des Morphiums im thierischen Organismus noch über die einfachsten Fragen besteht. Dieses offene Bekenntniss des mit Recht gefeierten und um die physiologische Erschliessung der Opium-Alkaloide hochverdienten Forschers ist das beste Zeugniss für unseren bisherigen Mangel an Einsicht in diese für den Arzt wie Physiologen gleich interessanten Probleme und rechtfertigt trotz der grossen Zahl der bereits vorliegenden Bearbeitungen in vollem Maasse die erneuerte Inangriffnahme des Studiums der Morphium-Wirkung. Da indess das Morphium vorwiegend, ja möglicherweise allein auf das Nervensystem wirkt, müssen wir nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse auf einen Einblick in das innere Wesen seines Einflusses, seine eigentliche Wirkungsart, verzichten; wir können nichts von den chemischen oder physikalischen Veränderungen aussagen, die bei dieser und ähnlichen Vergiftungen das Nervensystem erleiden muss. Wohl aber dürfen wir von einem bescheideneren Standpunkte aus bessere Aufschlüsse, als bisher gegeben worden sind, über den Ort der Wirkung des Morphiums erwarten. Die Frage nun: an welcher Stelle des Nervensystemes wirkt das Morphium? — hat Dr. L. Witkowski zu Strassburg durch Versuche zu beantworten versucht und gelangte hiebei zu der Aufstellung nachfolgender Erfahrungssätze: 1) Das Morphium lähmt proportional der Gabe, die bei Thieren wie Menschen sehr verschieden ist, die Centren der bewussten Empfindungen und willkürlichen Bewegungen im Gehirne. 2) Der Lähmung dieser Centren geht keine Reizung oder Steigerung der Erregbarkeit vorher. Die inkonstanten Symptome, welche man öfter in diesem Sinne gedeutet hat, sind auf Störungen im Gleichgewichte der einzelnen Gehirn-Funktionen zurückzuführen. 3) Erst nach den genannten höchsten Gehirn-Centren unterliegt auch das Respirations-Centrum der lähmenden Einwirkung des Morphiums. Die schliesslich eintretende Athmungslähmung ist die alleinige oder wenigstens hauptsächliche Todesursache. 4) Die Centren für die hemmenden Vagus-Fasern, die Gefäss-Nerven und die Pupillen-Kontraktion werden durch das Morphium direkt weder in Form von Lähmung noch in Form von Erregung beeinflusst. Das mässige Sinken des Blutdruckes ist auf Erweiterung, besonders der Haut-Gefässe, zurückzuführen und entsteht wahrscheinlich dadurch, dass normaler Weise wirksame reflektorische Reize seitens der höheren Gehirn-Centren durch Lähmung der letzteren in Wegfall kommen; erst weit später erleiden auch die vasomotorischen Centren selbst allmählig Einbusse an ihrer Erregbarkeit für sensible Reize. Aehnlich ist auch das anfängliche Steigen und spätere Sinken der Pulszahl aus dem Wegfalle von Reizen für den Vagus und die exzitirenden Nerven zu erklären. Das Herz selbst bleibt ganz intakt. Endlich lässt das inkonstante Verhalten der Pupille schliessen, dass die betreffenden Centren unversehrt sind und verschiedenen in Folge der Lähmung von Gehirntheilen wirksam werdenden Einflüssen zugänglich bleiben. 5) Die Reflexerregbarkeit des Rückenmarkes wird durch das Morphium gesteigert. Die Reflexerhöhung tritt später ein als die Gehirnwirkung und kann durch dieselbe bei gewissen Thierklassen verdeckt oder verzögert werden. Der erhöheten Empfänglichkeit für Reize entspricht eine leichtere Erschöpfbarkeit durch dieselben. 6) Die peripheren Nerven werden durch das Morphium in keiner Weise beeinflusst und gilt dies ebensowohl für die motorischen als auch für die sensiblen Nerven und deren Endorgane. (Archiv für experim. Pathologie etc., 1877, VII. 3.)

Fr. Betz empfiehlt die innerliche Anwendung des Opiums gegen die Photophobie skrophulöser Kinder. Er erörtert vorerst, dass die äusserliche Anwendung der Opium-Tinktur gegen die ebengenannte Affektion unthunlich sei, und erwähnt, dass die Atropinisirung gegen die in Rede stehende Heilmethode zurückstehe, da bei der innerlichen Anwendung des Opiums ein viel siche-

rerer Anhaltspunkt in Beziehung auf Dosis und Wirkung gegeben ist, als bei der äusserlichen. Da man ferner die Photophoben nicht stets selbst besorgen oder überwachen kann, so verfiel Verf. auf nachfolgendes Verfahren: Er fängt die Kur damit an, dass er 2—3jährigen Kindern vor dem Einschlafen 5—6 Tropfen Tinct. opii simpl. geben lässt, älteren entsprechend mehr. Ausserdem lässt er eine 6—8fach zusammengelegte, in kaltes Wasser getauchte Kompresse, welche von einer Schläfe zur anderen reicht und so breit ist, dass sie die Stirne und die obere Gesichtshälfte bedeckt, fleissig anwenden. In sehr intensiven Fällen kann man die Kompressen vorher auf Eis legen. Immerhin bildet die Opiumtinktur die Hauptsache. Mit dieser steigt er in der Tropfenzahl, bis er einen guten und ruhigen Schlaf erzielt; dann hält er mit derselben inne. Der Schlaf der photophoben Kinder ist sehr unruhig, sie wälzen sich im Bette herum und schreien im Schlafe. Durch das Opium werden schon diese Erscheinungen beseitigt. Die ersten lokalen Spuren der Besserung äussern sich darin, dass die Kinder ihre Augen Morgens früher öffnen. Die Wirkung des Opiums in der angedeuteten Weise ist bisweilen so prompt, dass schon nach einmaliger Anwendung ein vollständigen Ausbleiben der Lichtscheu beobachtet werden kann. Damit ist aber auch nicht selten eine weitere örtliche Behandlung überflüssig, da das lokale Leiden des Ekzem-Bläschens gewöhnlich keine grosse Bedeutung hat. Mit dem Nachlassen der Lichtscheu tritt rasch eine Wendung in dem Charakter der Kinder ein. Die vorher mürrischen widerwilligen Patienten werden gutwillig und vergnügt. Es ist dies ein Beweis, wie sehr der Lichtschmerz das ganze sensitive Nervensystem affizirt. Zur Sicherstellung vor Recidiven gibt Betz noch eine Zeit lang eine geeignete Dosis Opiumtinktur Abends fort und glaubt sich nicht zu täuschen, dass unter dem Einflusse desselben auch die ganze Ernährung der Kinder eine bessere wird. (Memorabilien, 1877.)

In der Sitzung der Societé de Thérapeutique vom 23. Jan. 1877 bespricht Gubler die Wirkungen des Aconitin bei Nervenkrankheiten, erklärt, dass ihm noch keine Neuralgie des Quintus, selbst Tic douloureux, vorgekommen, die nicht durch Aconitin geheilt worden sei, und führt mehrfache Thatsachen als Beweis seiner Behauptung an. Unter Anderem berichtet er von einem Kranken, der im heftigsten Schmerze sich an ihn wandte, von dem er 3 Monate hindurch Tag und Nacht geplagt worden war. Nach Darreichung von Aconitin verschwand der Schmerz, so dass der Kranke bald darauf das Mittel zu nehmen unterliess, worauf das Leiden wieder auftrat und nach abermaligem Gebrauche von Aconitin nachliess. — Ein anderer Kranker, bei dem Nélaton wegen heftiger Neuralgie des Quintus die Resektion der Nerven mit nur vorübergehender Besserung vorgenommen hatte, war dem Selbstmorde in Folge des unerträglichsten Schmerzes nahe, erhielt Aconitin und war von seinen Leiden befreit. — Das beste Präparat des Aconitin ist das von Hottot und ist bei der Darreichung die Lösung der Pillen- und Pulverform vorzuziehen. Als zweckmässig empfiehlt sich das salpetersaure Aconitin in einer Dosis von $^1/_2$ Milligrm. (oder $^1/_{140}$ Gran), worin etwa $^1/_4$ Milligrm. Aconitin (oder $^1/_{280}$ Gran) enthalten ist. Bei ausbleibendem Erfolge kann mit der Dosirung gestiegen werden, selbst bis zu 0.006. Bei dem von Nélaton operirten Kranken mussten 0,005 gereicht werden. Nachdem 0,003 Grm. der salpetersauren Aconitinlösung genommen waren, verlor sich der Schmerz und nach 0,005 blieb das Gesammtleiden vollständig aus. In Pillen und Pulver gereicht hat das Mittel keinen Erfolg, weil es nicht absorbirt wird, und ist der Arzt dann leicht verleitet, zu grösseren und gefährlicheren Dosen zu greifen, ohne einen Nutzen zu erlangen. — In einem Falle hat Gubler bei einem Kranken nach dem Gebrauche von 0,0015 Grm. Bewusstlosigkeit eintreten gesehen, glaubt jedoch diese Störung auf die schlechte Darstellung des Präparates schieben zu müssen, was bei guten Präparaten nicht vorkommen kann. — Als Gegenindikation für die Anwendung des Aconitin erwähnt Gubler die Herzkrankheiten und warnt vor der Anwendung des Mittels in solchen Fällen. (Paris médicale 1877, 6.)

C. Davaine wendet sich in einer akademischen Mittheilung gegen die Angabe Bert's, dass das Milzbrand-Kontagium im Blute gelöst sei und nicht mit den Bakteridien im Zusammenhange stehe. Er vermisst in den

Versuchen Bert's die Sicherheit, dass dessen Thiere in der That an Milzbrand zu Grunde gegangen sind und nicht an Septihämie. Die Giftigkeit faulenden Blutes stehe in keinem direkten Zusammenhange mit der Intensität der Fäulniss. Davaine hat namentlich beobachtet, dass in gewöhnlichem nicht komprimirtem Sauerstoffe aufbewahrtes Blut einen eigenthümlichen, von der Fäulniss ganz verschiedenen Geruch besass und doch stark toxisch wirkte. Was Bert's Versuch der Alkoholfällung betrifft, so hat denselben Davaine schon früher ausgeführt, jedoch mit anderem Erfolge. Die Thiere starben nach Einbringung des Alkohol-Koagulum unter die Haut an Septihämie, jedoch nicht an Milzbrand. Nachdem Davaine alsdann erkannt hatte, dass ein Milliontheil Tropfen Milzbrandblut genügt, um ein Meerschweinchen zu tödten, konnte er weiterhin feststellen, dass selbst ein $^1/_{1000}$ Tropfen es nicht thut, wenn er einige Zeit mit Alkohol in Berührung war. — Davaine wendet sich auch noch gegen einige von Bouley ausgesprochene Ansichten über gewisse Formen des Milzbrandes. Die subkutanen Tumoren, welche bei dem Milzbrande auftreten, sind nach ihm nicht Effekte der Allgemeininfektion, sondern örtliche Erscheinungen, welche sich an der Eintrittsstelle des Giftes bilden. (Compt. rend. Bd. 84 Nr. 23.)

Ausgehend von dem physiologischen Satze, „dass bei Muskelarbeit nicht nur die Kohlehydrate, sondern auch das stickstoffhaltige Material in beträchtlicher Weise verbraucht werden, während in der Ruhe nur so viel Material konsumirt wird, als erforderlich ist, um die Temperatur des Körpers auf gleicher Höhe zu erhalten und die Arbeit des Herzens und der übrigen Muskeln zu bestreiten" — empfiehlt R. Bartholow folgende Verhaltungs-Massregeln für phthisische Kranke: In chronischen Fällen mit geringeren Läsionen der Lungen und niedrigem Fieber lasse man die Kranken mässige Bewegungen ausführen, falls Appetit und Verdauung gut sind; niemals aber seien die Körperbewegungen hastig und lange anhaltend, namentlich nicht, wenn Fieber vorhanden ist. Bei ausgedehnten phthisischen Prozessen sind die körperlichen Bewegungen entschieden schädlich. — Was ferner den Gebrauch des Atropin bei der Phthise anbetrifft, so nehmen bei Anwendung desselben Husten, Fieber, Expektoration und der erschöpfende Nachtschweiss bedeutend ab; namentlich empfehlen sich die kleinen Dosen ($^1/_{400}$ Gran 2—3 Mal täglich), welche Bartholow den grösseren Gaben entschieden vorzieht. Bei sehr starkem und quälendem Husten verbindet er mit dem Atropin das Morphium und bei gleichzeitig vorhandenem Erbrechen das Strychnin. (Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften, 1877, 29. Septbr.)

Nach einer kurzen Charakteristik des Symptomenkomplexes der Migraine erörtert Dr. J. L. Teed ausführlich, worin das Wesen der Migraine besteht und wo der wahre Sitz der Schmerzen bei dieser Affektion gelegen ist. Er kommt zu dem Schlusse, dass wir es mit einem centralen Leiden zu thun haben, bei welchem die am Boden des vierten Ventrikels befindlichen Nervenkerne, besonders der Trigeminuskern, ergriffen sind. Durch eine in dem Theile dieses Kernes, welcher dem ersten Aste entspricht, auftretende Molekularbewegung, welche sich auf nebenliegende Kerne fortpflanzen kann, kommen die Schmerzen bei der Migraine zu Stande und durch die Fortpflanzung auf nebenliegende Kerne erklärt sich der ganze Symptomenkomplex, wie z. B. das Erbrechen durch Ergriffensein des Nervus vagus. In zweiter Linie nimmt Teed eine Betheiligung der grauen Substanz der Hemisphären an. Die Ursache liegt 1) in einer nervösen Konstitution des betreffenden Individuums, 2) in schlechter Blutbildung und 3) kommen reflektorische Vorgänge in Betracht. Die Therapie muss vorzugsweise auf Verbesserung der Konstitution gerichtet sein. (Chicago Journ. of nerv. and mental diseases, N. F. I p. 241.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 44. *Erlangen*, am 3. November 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Vortheile der Massage-Behandlung. Anwendung der Lister'schen Methode bei der Ovariotomie. Zur Anatomie und Physiologie der Netzhaut.

Während früher das Hauptinteresse in Bezug auf die Massage mehr auf Ausführung und Wirkung dieser Behandlungsmethode im Ganzen gerichtet war, hat es sich in neuerer Zeit immer mehr auf die Bedeutung derselben für die chirurgischen Affektionen konzentrirt. Namentlich ist das Interesse der Militärärzte dafür rege geworden, für welche sich die Massage als ein wichtiges und vorzügliches Mittel gegen die bei Soldaten so häufig vorkommenden Kontusionen, Verstauchungen und andere traumatische Affektionen erweist. Derlei Affektionen werden mit dieser Behandlungsmethode erstaunlich rasch und sicher geheilt und die Erkrankten werden in unverhältnissmässig kürzerer Zeit wieder dienstfähig als nach jeder anderen Methode und desshalb besitzt die Massage auch einen ganz besonderen Werth für die militärärztliche Praxis. Die hauptsächlichsten neueren Arbeiten darüber stammen von den HH. DD. Wagner in Friedberg, Moeller in Nivelles, Podrazki in Wien, Bruberger, Körner, Ziemssen und Dr. Mosetig v. Morhof. In Bezug auf die Regeln für Anwendung der Massage ist hervorzuheben, dass Moeller die Sitzungen bei Verstauchungen als ziemlich lang angibt und selbst bis zu einer ganzen Stunde ausgedehnt wissen will. Bei leichten Fällen kann nach ihm eine einzige Behandlung in der Dauer von 20—25 Minuten genügen, bei schweren hingegen soll die Sitzung $^1/_2$, $^3/_4$, ja sogar bis zu 1 Stunde dauern. Im Ganzen soll sich die Dauer der Sitzungen mehr nach der Abnahme der Schwellung als nach der des Schmerzes richten, die Zeit, nach welcher sie zu wiederholen sind, dagegen nach Schwere und Alter der Affektion wie den sonstigen Erfordernissen und Bedürfnissen. Bei Verstauchungen mittlerer Schwere genügt täglich eine Sitzung, bei schwerern, namentlich wenn der Verlauf der Affektion ein mehr chronischer ist, sind täglich 2 Sitzungen nöthig. Wenn der Schmerz heftig und der Kranke sehr empfindlich ist, ist es rathsamer, die Sitzungen kurz zu machen und öfter zu wiederholen. Je frischer die Verletzung ist, desto günstiger liegen die Verhältnisse für die Wirkung der Massage, besonders weil dann die Ergüsse noch flüssig und die Resorptions-Wege noch offen sind, so dass die Resorption rascher vor sich gehen kann, als dies später der Fall ist. Ausserdem hat man bei frischen Affektionen mehr Aussicht, das Entstehen von Entzündung zu verhüten, die, namentlich wenn sie akut ist, eine Kontraindikation oder wenigstens ein Hinderniss für die Massage werden kann. Nach jeder Massirung legt Moeller eine Binde an das kranke Glied und lässt eine solche auch nach Beendigung der Kur noch eine Zeit lang tragen. Nach Beendigung der ersten Sitzung lässt er das Glied (er spricht ausschliesslich von Distorsionen des Fussgelenkes) erhöht lagern, erst nach der 2. Sitzung gestattet er Gehen auf ebenem Boden. — Podrazki empfiehlt als Unterstützungsmittel der Massage Kaltwasser-Umschläge, Priessnitz'sche Umschläge, Douchen und Schwitzbäder. Ziemssen empfiehlt die Anwendung im warmen Bade und mit warmer Strahldouche von gleichmässiger, gut kontrolirbarer Stärke. Das warme Bad soll den Schmerz bei der Behandlung mildern, die Strahldouche, die gleichzeitig auf den massirten Theil gerichtet wird, soll die Muskelkontraktionen überwinden, welche bei der

Massirung unwillkürlich auftreten und deren Ueberwindung den Kraftaufwand von Seite des Massirers nur erhöhen muss. (Dem ganzen Wesen der Massage-Wirkung nach könnte es vielleicht eher scheinen, als ob diese Muskel-Kontraktionen eher ein Vortheil als ein Nachtheil seien, weil sie doch die Summe der Bewegung an dem kranken Theile vermehren. Ref.) Ein anderer Vortheil der Ausführung der Massage im warmen Bade besteht nach Ziemssen darin, dass durch das warme Wasser die Haut geschmeidig und in Folge dessen die Einfettung unnöthig wird. — Als besonders wichtiges Unterstützungsmittel der Massage hebt Podrazki methodisch geleitete passive Bewegungen hervor, die namentlich von Vortheil sind bei Kontrakturen, besonders des Kniees, nach entzündlichen Prozessen, ferner bei Steifheit nach Frakturen, wenn ein Gypsverband lange Zeit hindurch angelegt gewesen ist, wozu sich nicht selten hartnäckige Oedeme gesellen, welche durch Cirkulations-Störungen in Folge der langen Ruhe oder durch die Kallusbildung bedingt entstanden sind. Solche Oedeme werden nach Podrazki durch die Massage binnen weniger Minuten beseitigt; sie kehren zwar zurück, wenn der Patient wieder herumgeht, aber stets in geringerem Maasse, und nach 10 bis 14 Sitzungen bleiben sie ganz aus. Sogar übermässig wuchernder Kallus, welcher nicht nur durch Druck auf die Umgebung störend wirkt, sondern eine Difformität bildet und bisweilen eine schiefe Heilung der Fraktur vortäuscht, kann nach Podrazki's Erfahrungen durch die Massage wesentlich beeinflusst werden, wenn er nicht beinhart ist.. — Die Erfahrungen, die Ober-Stabsarzt Dr. Starke in Bezug auf die Massage-Behandlung bei Frakturen gemacht hat, theilt Dr. Bruberger in seinem Aufsatze mit. Gleich nach der ersten Untersuchung soll man nach Starke die Frakturstelle durch Gummibinden komprimiren, diese einige Stunden lang liegen lassen und dann nach Abnahme der Binden die Extravasate durch Streichungen zertheilen. Die Blutaustritte verschwinden danach sehr rasch und dann treten die Konturen der Bruchstücke hervor. Zur Behandlung der Fraktur legt Starke einen Gypskataplasmaverband an, der leicht abnehmbar ist und gestattet, sich täglich von der richtigen Lage und dem guten Zustande des Bruches zu überzeugen. Dieses häufige Untersuchen der Fraktur hat einen besonderen Vortheil bei den Brüchen in der Nähe der Gelenke, zumal wenn diese selbst mit Blut erfüllt sind. Starke macht in solchen Fällen nach Fixirung des Bruches ausgibige Bewegungen nach allen Richtungen und glaubt, dass er es dieser Methode zu verdanken hat, dass die Beweglichkeit nach der Heilung ausgibiger ist, als er es früher beobachtet hat. Solche Bewegungen empfiehlt er bei noch bestehender Fraktur, ganz besonders wenn diese den Proc. stylohyoideus radii betrifft und mit Haemarthrus des Handgelenkes komplizirt ist; ferner bei Frakturen der Fibula, bei welcher die stete Kontrole am besten das Eintreten von Verkürzung der Fibula mit Valgus-Stellung zu verhüten geeignet ist. — Wenn es sich darum handelt, starre Gerinnsel zu entfernen, so bedient sich St. zur Ausübung des dazu erforderlichen Druckes breiter Binden aus rohem, nicht vulkanisirtem Kautschuk. Den meisten Kranken ist dieser zirkuläre Druck angenehm, namentlich zu Anfang. Nach Entfernung der Binde, die in der Regel $^1/_4$ bis $^1/_2$ Std. liegen bleibt, wendet er centripetale Streichungen an und wiederholt dieses Verfahren täglich 2 bis 3 Mal; in den Zwischenpausen wird das verletzte Glied in eine Lade oder in eine Gyps-Rinne gelegt. St. glaubt sich endgültig überzeugt zu haben, dass die eingeschobene Massage-Behandlung besser und rascher zum Ziele führt, als die bisher geübte mit ununterbrochen fixirenden, starren Verbänden. — Wenn die Fraktur einigermassen konsolidirt ist, soll man den Kranken zu Muskelübungen auffordern, diese aber, wenn das verletzte Glied eine untere Extremität ist, anfangs nur im Bette vornehmen lassen; erst wenn die Bewegungen im Bette eine gewisse Leichtheit und Gewandtheit erreicht haben, schreite man zu Gehversuchen, die zunächst nur mit Bewegungen bei wohl fixirtem Körper beginnen. Uebermüdung muss dabei vermieden werden. Wenn nach erfolgter Konsolidation die Gelenkumgebungen noch stark infiltrirt sind, wendet A. Strahldouche an mit nachfolgenden Knetungen und Streichungen. — Als diagnostisches Mittel ist die Massage nach Podrazki wichtig in denjenigen Fällen, in denen es zweifelhaft ist, ob es sich um eine Distorsion des Fussgelenkes oder eine Fraktur der Fibula handelt. Der auf eine umschriebene Stelle fixirte heftige Schmerz beim Massiren und beim Auftreten lässt dann die Fraktur erkennen, selbst wenn die übrigen Merkmale derselben fehlen. In solchen Fällen schadet nach Podrazki's Erfahrungen 1–2maliges Massiren durchaus nicht, kann vielmehr zur

Heilung der Fraktur nur vortheilhaft sein, wenn das überflüssige Exsudat zum Theile entfernt wird. — Die ausgedehnteste Verwendung findet die Massage bei traumatischen Gelenkaffektionen, hauptsächlich bei akuten. Moeller beschreibt 7 Fälle von Distorsionen des Fussgelenkes, in denen ausnahmelos binnen weniger Tage mittelst Massage Heilung erzielt wurde; Koerner theilt 11 gleiche Fälle mit, in denen das Leiden akut war, und ausserdem noch 2 Fälle, in denen es sich um chronische Gelenkleiden nach Verletzung handelte. In den akuten Fällen wurde die Heilung ebenfalls binnen weniger Tage erzielt, in den chronischen Fällen waren andere Behandlungs-Weisen der Massirung vorhergegangen und hatten trotz langer Dauer noch nicht zum gewünschten Ziele geführt, das nun durch etwa 2 Wochen lange Anwendung der Massage erreicht wurde. In einem dieser beiden Fälle trat in Folge grösserer Anstrengungen im Dienste bei einem Rekruten nach 6 Tagen ein Recidiv der Erkrankung, die das Kniegelenk betraf, ein, wurde aber durch Behandlung mit Massage binnen 12 Tagen geheilt. — Podrazki theilt die beiden ersten Fälle mit, in denen er sich von den Vortheilen der Massage-Behandlung überzeugte; er war um so mehr überrascht, in dem 2. derselben, einer frischen Distorsion im Fussgelenke, den Kranken schon nach 3 Tagen vollkommen geheilt zu sehen, als nach seiner Erfahrung die früher in solchen Fällen übliche Behandlung immer 3—4 Wochen in Anspruch genommen hatte und dann immer noch lange Zeit mehrfache Beschwerden zurückblieben. Auf der unter Leitung des Dr. Mosetig von Morhof stehenden chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses Wieden wurden sämmtliche 15 Fälle von Verstauchungen, die während des Jahres 1876 zur Behandlung kamen, mittelst Massage und Umschlägen behandelt, einige andere Fälle ausgenommen, die zu einer Zeit behandelt wurden, in der M. v. M. der Abtheilung nicht vorstand. Auffällig ist dabei die Verschiedenheit der Verpflegungsdauer; während die ohne Massage, nur mit Ruhe und Kälte behandelten Fälle 2—4 Wochen bis zur Entlassung bedurften, konnten die Kranken in denjenigen Fällen, in denen die Massage zur Anwendung kam, in 5—10 Tagen wieder ihre Beschäftigungen vollkommen verrichten. Ferner wurden akute und chronische Synovitiden mit Massage und nachträglicher Wassereinpackung behandelt, und zwar mit ausgezeichnetem Erfolge. Bei den akuten Formen, gleichviel ob sie traumatischen Ursprunges waren oder nicht, wurde zunächst nur leichte Effleurage geübt, die sich stets als vortreffliches Mittel erwies, Schmerz und Schwellung zu vermindern; allmählig ging man dann zu stärkeren konzentrischen Knetungen und Streichungen über. Bei den chronischen Formen wurde gleich im Beginne stärkere Massage in Anwendung gebracht. Die Dauer einer Sitzung überstieg des Zeitmangels wegen selten 5 Minuten. Das Gehen und Stehen wurde gewöhnlich erst dann gestattet, wenn vollständige Schmerzlosigkeit eingetreten war. Die Dauer der Behandlung bis zur vollständigen Heilung überstieg wohl nie 3 Wochen. — In gleicher Weise wurden auch akute Sehnenscheidenentzündungen und Hygrome durch die Massage geheilt. — Ziemssen hat nur chronische Fälle mittelst Massage im warmen Bade bei gleichzeitiger Anwendung der warmen Strahldouche behandelt, Residuen chronischer Gelenkentzündungen (ligamentöse und sehnige Verwachsungen, Verdichtung der Gewebe-Ablagerung in den Gelenken, seröse Ergüsse) ferner Blutextravasate und Oedeme und Luxationen und Distorsionen, Gelenkkontraktion und Gelenksteifigkeit, ausserdem Verkürzungen und Schrumpfungen der Muskeln, wie sie besonders nach liegenden Verbänden und nach langem Krankenlager sich entwickeln. Namentlich sah Z. gute Erfolge von der Kombination der Massage und der warmen Strahldouche bei Nervenleiden, besonders bei Ischias, die durch die Strahldouche allein verschlimmert, durch Kombination derselben mit Massage aber gebessert wurde. — Ob es von Vortheil ist, wenn man, wie dies Bruberger und Koerner vorschlagen, die Ausübung der Massage den Lazarethgehülfen oder gar, wie es Ziemssen thut, Badedienern überlässt, will Ref. dahingestellt sein lassen; viele hervorragende Vertreter der Massage-Behandlung stimmen darin überein, dass der neuerdings erfolgte Aufschwung derselben wohl hauptsächlich dem Umstande zu verdanken ist, dass die Ausübung derselben in die Hände von Aerzten gekommen ist. Podrazki hält die methodische Massage in Spitälern für allgemein schwer durchführbar, weil sie sehr anstrengend und zeitraubend ist, für die Pripatpraxis hingegen nennt er sie ein vortreffliches Mittel. (Schmidt's Jahrb., 1877, 7.) —

In der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 14. März 1877, sprach Prof.

Schröder über die Lister'sche Methode bei der Ovariotomie. „Schon vor Jahren hat Sims hervorgehoben, dass die meisten Todesfälle nach Ovariotomie durch Septikämie in Folge der in der Bauchhöhle zurückbleibenden, sich zersetzenden Flüssigkeiten erfolgten und desshalb die prophylaktische Drainage vom Douglas'schen Raume aus empfohlen. Ich halte es für die Aufgabe der Therapie, weniger das Exsudat abzuleiten, als die Zersetzung desselben von vorne herein zu verhindern, denn dass nicht jedes Exsudat sich zersetzt, beweist die tägliche Erfahrung. Wegner hielt auch schon, obwohl er sonst mit Sims im Wesentlichen übereinstimmt, die Verhütung der septischen Zersetzung des Exsudats für wichtiger, glaubt aber, dass das Abhalten der Fäulnisserreger zu schwierig sei. Nach meinen Erfahrungen kann ich gegentheilig versichern, dass dies mit einem hohen Grade von Sicherheit gelingt. Allerdings gehört dazu eine Reihe von Vorsichtsmassregeln. Die Operation erfolge in einem Zimmer, in welchem eiterige Verwundete nicht gelegen haben und die Luft mit Karbol gesättigt ist. Assistenten nehme man, da ein Arzt fast nie mit Bestimmtheit sagen kann, ob seine Hände nicht infiziren können, möglichst wenig; ausser dem die Chloroformirung überwachenden genügen zwei: Einer, der wirklich hilft, und Einer, der die Instrumente zureicht; etwaige Zuschauer dürfen sich in keiner Weise betheiligen. Die Instrumente müssen frisch geschcuert sein und in Karbollösung gelegen haben, die Assistenten haben die Hemdärmel hochzuschlagen und Arme und Hände mit Karbol zu waschen. Wenn man dann unter Karbol-Spray arbeitet, so wird, wie ich glaube, die Infektion mit möglichster Sicherheit fern gehalten werden können. Wenn ich auch den Spray nicht für absolut nothwendig halte, so glaube ich doch, dass er ein Glied in der Kette der Vorsichtsmassregeln ist; erfahrungsgemäss führt die Eröffnung der Bauchhöhle und ziemlich lange Offenhaltung derselben nicht nothwendig zur Septikämie: ob einige Fäulnisserreger, wie Wegner nachgewiesen, ohne Schaden ertragen werden, oder ob der Karbolspray sie unschädlich macht, will ich nicht entscheiden. — Um die Nachbehandlung nach der Lister'schen Methode vollständig durchzuführen, ist die Versenkung des Stieles nothwendig; von der Extraperitonealbehandlung des Stieles bin ich schon desshalb abgegangen, weil ich dabei in Erlangen zwei Kranke an Tetanus habe zu Grunde gehen sehen. — In Bezug auf die Behandlung des Stieles sind weitere Fortschritte wünschenswerth; das Ferrum candens anzuwenden und dann zu versenken halte ich wegen der so leicht eintretenden Nachblutungen für zu gefährlich; ich unterbinde den Stiel vielmehr mit fester Seide, die allerdings reizend wirken und kleine, aber nicht bösartige, seröse Infiltrate hervorrufen kann; Katgut-Fäden, die ja sonst gut ertragen werden, haben den Nachtheil, dass sie sich schwer knoten lassen und leicht wieder lösen. — Die Drainage ist ganz aufzugeben oder nur auf extreme Fälle zu beschränken; ich habe sie hier in Berlin einmal angewendet in einem Falle, in welchem die Bauchhöhle so mit Kysten-Flüssigkeit angefüllt war, dass ich sie für nothwendig hielt; die Kranke starb und ich glaube, ohne die Drainage wäre sie durchgekommen. Seitdem habe ich diese Methode aufgegeben und es nicht bereut. Ascitische Flüssigkeit, Serum und Blut werden von der Bauchhöhle ganz gut ertragen und resorbirt, wenn nicht Fäulnisserreger dazu kommen. Ich habe bei starkem Ascites Exsudat zurückgelassen ohne Schaden; andererseits blieben Blut-Koagula zurück, ohne dass mehr als eine harte Stelle, an der vorderen Bauchwand und etwas Empfindlichkeit beim Drucke die Folge war. Erst vor Kurzem hatte ich einen Fall von Ovarialtumor, der zur Operation bestimmt war, bei dem aber vorher ohne nachweisbare Ursache eine Kysten-Berstung erfolgte, die beiläufig, wenn nur kleine Kysten sich entleeren, nicht gefährlich ist, bei Eröffnung grösserer Kysten aber leicht toxische Erscheinungen, vielleicht in Folge der massenhaften Resorption, und Kollapsus hervorruft. Der stetig zunehmenden Schwäche wegen musste am folgenden Abende die Operation vorgenommen werden; die Kranke war äusserst schwach, so dass während 36 Minuten kein Puls zu fühlen war; die Bauchhöhle war ganz mit Kystenflüssigkeit gefüllt, der mässige Tumor sass breit auf bis auf das Mesenterium des Dickdarmes, so dass es nöthig war, ihn abzutrennen. Nachdem eine starke Blutung gestillt war, musste der Schwäche wegen die Bauchwunde schnell geschlossen werden, ohne Rücksicht darauf, dass viel Kystenflüssigkeit zurückblieb, und trotzdem erfolgte keine Septikämie; die Kranke hat, obgleich sie nicht ohne Fieber blieb, eine ganz erträgliche Rekonvalescenz durchgemacht. Ein anderer Fall ist vielleicht noch überzeugender in Betreff dessen, was die Kar-

bolsäure leisten kann. Hier war — die Punktion war vorher schon gemacht worden — sehr starker Ascites vorhanden, Verklebung der Därme und im Douglas'schen Raume sowie in der Excavatio vesico-uterina fanden sich dicke, eiterige Flocken in Menge. Auch hier wurde nicht drainirt, sondern nur die Bauchhöhle mit Karbolsäure möglichst vollständig ausgewaschen. Diese Kranke hatte ebenfalls keine peritonitischen Erscheinungen und erst am 5. Tage Fieber, als sich eine doppelseitige Parotitis, die auf einen andern in demselben Hause vorgekommenen Fall dieser Krankheit zurückzuführen war, einstellte. Im Uebrigen verlief die Rekonvalescenz ganz normal. Auf diese scheint die Lister'sche Methode einen besonders guten Einfluss auszuüben, so dass das Verhalten der Operirten meist wie das normaler Wöchnerinnen ist; sie haben keine Schmerzen, kein Fieber, die Heilung geht gut von Statten, Eiterung zeigt sich höchstens in einem oder dem anderen Stichkanale. — Den Lister'schen Verband lasse ich 5 Tage liegen, entferne dann die Nähte und lege den gleichen Verband wieder auf, der dann eine Reihe von Tagen vorhält. Die Frage, ob die antiseptische Methode in der That die Fäulnisserreger abhalten kann, lässt sich vorzugsweise nur durch die Erfahrung beantworten; ich gebe desshalb meine Resultate. Ich habe in Berlin bisher im Ganzen 17 Ovariotomieen gemacht und eine diesen an die Seite zu stellende Laparotomie; von diesen 18 Kranken sind 2 gestorben und 16 durchgekommen. Das Resultat stellt sich aber noch günstiger für die antiseptische Methode, wenn man die Fälle zergliedert. Nach Abzug der glücklich verlaufenen Hysterotomie und des einen schon angeführten Falles, in welchem der Stiel extraperitoneal behandelt wurde, die Durchführung der antiseptischen Methode demnach nicht möglich war und der Tod erfolgte, verbleiben noch 16 Fälle; von diesen konnten drei nicht vollständig antiseptisch behandelt werden, weil der Douglas'sche Raum von der Geschwulst ausgefüllt war; hier wurde so viel wie möglich entfernt, ein Rest der Kyste musste zurückgelassen und drainirt werden; von diesen 3 starb eine, zwei genasen, ebenso wie sämmtliche übrige 13, die theilweise sehr komplizirte Fälle waren. — Gleich gute Resultate haben Olshausen und Kocher mit der antiseptischen Methode erzielt; allerdings muss man zugeben, dass die Antisepsis auch auf andere Weise, wie z. B. durch das von Hegar angewendete Chlorwasser, erzielt werden kann, und dass die ganze Methode noch vieler Verbesserungen fähig ist. Das steht aber fest, dass durch dieselbe die Prognose der Ovariotomie eine bei weitem günstigere geworden ist". (Allgem. mediz. Centralzeitung, 1877. 13. Oktober.) —

Prof. F. Boll zu Rom veröffentlicht in den „Atti della R. Academia dei Lincei", III. 1, 1877, eine ausführliche Abhandlung „zur Anatomie und Physiologie der Netzhaut", aus welcher er selbst in dem Centralblatte für die med. Wissensch., 1877 29. Sept., den nachstehenden Auszug erstattet. „Die physiologischen Einheiten, welche das Licht und die Farben perzipiren, sind sehr komplizirten Wesens, zu deren Bildung einerseits die Elemente der Stäbchenschicht, andererseits die Epitelien des retinalen Pigmentes zusammentreten und die also histologisch als Doppelzellen oder Zwillingszellen anzusehen sind, ganz analog, wie die neuesten Untersuchungen dies an den Endzellen der Hörnerven in der Schnecke nachgewiesen haben. Für eine jede dieser aus der Verschmelzung zweier Faktoren entstandenen anatomischen und physiologischen Einheiten nimmt Boll den anatomischen Zusammenhang mit den Fasern des Sehnerven in der Weise an, dass die Kontinuität zunächst hergestellt wird durch die feinen, innerhalb der Stäbchenschicht gelegenen sogen. Pigmentschnüre, deren pigmentlose Fortsetzungen Boll bis durch die Membrana limitans externa hindurch zu verfolgen gelungen ist; ausserdem ist es Verf. aber keineswegs unwahrscheinlich, dass derartig komplizirte Doppelwesen, wie die Endorgane der Sehnerven darstellen, ausserdem noch in anderer Weise (etwa durch die Stäbchen und Zapfenfasern) mit dem Nervensysteme in Verbindung stehen. — Nach der Entdeckung des Sehrothes war Verf. zunächst der Ansicht, dass es sich hier um eine äusserst vergängliche Lebens-Eigenschaft der Netzhaut handle, die nur in den ersten kurzen Momenten nach dem Tode des Thieres nachweisbar und den früheren Untersuchern daher einzig und allein aus dem Grunde entgangen sei, weil sie die Retina niemals schnell und frisch genug untersuchten und stets den ersten kostbaren Augenblick nach dem Tode des Thieres, jene kritischen ersten 10—20 Sekunden, verstreichen liessen, innerhalb deren er die rothe Farbe fast stets schon hatte gänzlich verschwinden

sehen. Fortgesetzte Untersuchungen mussten jedoch bald auf die Vorstellung führen, dass die rothe Farbe keine konstante Eigenschaft der lebenden Netzhaut, sondern einem physiologischen Wechsel unterworfen sein musste, und es ergab sich bald, dass das hier in Betracht kommende physiologische Moment in der Beleuchtung der Netzhaut gesucht werden müsse: Thiere, welche längere Zeit der Sonne oder auch nur dem diffusen hellen Tageslichte ausgesetzt gewesen waren, zeigten niemals eine rothe Farbe der Retina, dagegen war diese stets nachzuweisen, sobald die Thiere im Dunkeln verweilt hatten. Hieraus musste der Schluss gezogen werden, dass intra vitam beständig die rothe Farbe der Netzhaut durch das in das Auge fallende Licht verzehrt werde und sich eben so beständig durch die physiologische Ernährung wieder herstelle, und daher nur dann zur Anschauung kommen könne, wenn das Auge längere Zeit im Dunkeln verweilt habe, und der rothen Farbe Zeit sich anzusammeln gelassen sei. — Durch besondere Versuchsreihen werden die Zeiten festgestellt, innerhalb deren das Sehroth durch das Licht verzehrt wird und sich in der Dunkelheit wieder herstellt. Auch wurde der Nachweis erbracht, dass in einem Auge bei partieller Erleuchtung der Retina das Sehroth nur in den erleuchteten Stellen und nirgends anderswo verzehrt werde. Verf. brachte das Auge eines kurarisirten Dunkelfrosches (so bezeichnet er die Frösche, die längere Zeit in der absoluten Dunkelheit verweilt haben) in einen schmalen Sonnenstreifen und fand nach 10 Minuten bei der Untersuchung der Retina diese durch einen scharf gezeichneten farblosen Streifen in zwei rothe Hälften getheilt. Hiermit war die Thesis von der Verzehrung des Sehrothes durch das Licht zur Gewissheit erhoben. — Im weiteren Verlaufe dieser Untersuchungen stellte sich bald heraus, dass für das schnelle Abblassen der aus dem Auge heraus präparirten Retina nicht so sehr, wie Verf. ursprünglich angenommen hatte, der Wegfall der physiologischen Lebensbedingungen, als vielmehr die direkte Lichteinwirkung verantwortlich zu machen sei. Das Sehroth erwies sich bei im Dunkeln aufbewahrten und dort getödteten Thieren von dem Aufhören der normalen Lebensbedingungen verhältnissmässig unabhängig, indem es meist noch bis nach 24 Stunden nach dem Tode deutlich nachzuweisen war; dann scheint es ziemlich plötzlich zu vergehen. Es stellt das Sehroth somit durchaus nicht eine sehr vergängliche, sondern vielmehr eine recht dauerhafte Eigenthümlichkeit der Netzhaut dar. — Beruht das Sehroth auf einer der Plättchensubstanz der Aussenglieder inhärenten Eigenfarbe? Oder verdankt es sein Dasein dem optischen Effekte der selbst farblosen, geschichteten Plättchen (photochemische oder photophysikalische Theorie)? — Die erste dieser beiden Theorieen postulirt die Existenz eines besonderen Farbstoffes, des „Erythropsin", der zu der selbst farblosen Substanz der Stäbchen in ähnlicher Beziehung zu denken wäre wie das Hämoglobin zu dem Strome der rothen Blutkörperchen, und daher auch von dieser Substanz isolirt und besonders dargestellt werden könnte. Eine solche Isolation ist bisher dem Verf. noch nicht gelungen, weder durch die zur Trennung des Hämoglobin von dem Stroma der Blutkörperchen dienenden noch durch andere Mittel. Alkohol zerstört das Sehroth fast augenblicklich, Aether und Chloroform führen die Farbe der Stäbchen-Schicht zunächst aus dem Roth in Citronengelb über, das dann blasser und blasser wird und zuletzt (nach mehreren Stunden) völlig verschwindet. Die physiologische und die 10proz. Kochsalzlösung sowie das Glyzerin konserviren das Sehroth bis zu zwei Mal 24 Stunden. Weniger gut konservirt das destillirte Wasser (24 Stunden). Konzentrirte Kali-Lauge zerstört das Sehroth augenblicklich. Sehr bemerkenswerth ist das Verhalten der Essigsäure; diese verwandelt die rothe Farbe der Stäbchen augenblicklich in ein sehr intensives Goldgelb (identisch mit der Goldfarbe der in den Pigmentzellen des Frosches enthaltenen Oelkugeln), welches dem Lichte ausgesetzt sehr allmählig abblasst und sehr spät erst verschwindet. Dieses ist offenbar eine rein chemische Reaktion. — Im Sinne der photophysikalischen Theorie würde hingegen das ausschliesslich an die Plättchensubstanz (deren Struktur Verf. als präformirt anerkennt und vertheidigt) gebundene Vorkommen des Sehrothes sowie die merkwürdige Thatsache zu deuten sein, dass es gelingt, das Sehroth innerhalb der Stäbchensubstanz durch ein rein mechanisches Mittel, die Kompression, zum Verschwinden zu bringen: komprimirt man in der Finsterniss zwischen zwei planparallelen Objektträgern eine rothe Retina und bringt sie dann an das Licht, so zeigt sich, dass aus ihr jede Spur von Farbe verschwunden ist und sie einen vollkommen

weissen Atlasglanz angenommen hat. — In der Frage nach der ophthalmoskopischen Sichtbarkeit des Sehrothes ist Verf. zu dem Resultate gelangt, dass die rothe Farbe des Augenhintergrundes, die man am lebenden Säugethiere oder Menschen mittelst des Augenspiegels beobachtet, ein gemischtes Phänomen und dass, um sie hervorzubringen, stets zwei Faktoren zusammentreten, die Blutgefässe und das Sehroth, denen sich in der Praxis noch ein dritter Faktor hinzugesellt, nämlich die rothe Farbe der Lichtquelle. Diese letztere dürfte leicht durch die Anwendung eines wirklich weissen oder nicht rothen monochromatischen Lichtes zu beseitigen sein, so dass man in jedem gegebenen Falle nur zu entscheiden hätte, wie viel von der rothen Farbe des Augenhintergrundes auf Rechnung des Sehrothes und wie viel auf Rechnung der Blutgefässe zu setzen sei. In dieser Beziehung müssen, wie eine einfache Ueberlegung ergibt und Verf. durch direkte Beobachtung bestätigt gefunden hat, sehr grosse Schwankungen vorkommen, indem in dem ermüdeten Auge, dessen Sehkraft ganz oder fast ganz durch das Licht verzehrt ist, die rothe Farbe des Augenhintergrundes allein auf den Blutgefässen beruhen wird, während sich in dem ausgeruhten Auge die optische Wirkung des Sehrothes noch zu der des Blutrothes hinzu addiren wird. Diese Fragen im Einzelnen zu entscheiden, dient das vom Verf. konstruirte Ophthalmospektroskop, bei welchem der Brennpunkt des aufgesetzten Hohlspiegels wirklich genau mit der Axe des Spektroskopes zusammen trifft, und müssen sich alle auf die Natur des „Augenrothes" bezüglichen Fragen mit Leichtigkeit lösen lassen dadurch, dass man in jedem einzelnen Falle die Natur des aus dem Auge zurückkehrenden Lichtes und seine positiven und negativen Abweichungen von dem Spektrum der in das Auge gesandten Lichtquelle feststellt. — Die bereits mitgetheilten Versuche über den Einfluss monochromatischer Beleuchtung, zuerst allein mit farbigen Gläsern angestellt, hat Verf. noch ein Mal mit reinen Spektralfarben wiederholt. Es lassen sich die ermittelten Thatsachen über die objektive Veränderung der Stäbchen-Schicht durch das verschiedenartige Licht folgendermassen zusammenfassen: die Grundfarbe der Retina wird durch das Licht je nach Massgabe seiner Wellenlänge in verschiedener Weise abgeändert. Alle längerwelligen Strahlen verändern die Grundfarbe nach der weniger brechbaren Seite des Spektrums und machen sie gleichzeitig intensiver. Alle kürzerwelligen Strahlen verändern sie nach der stärker brechbaren Seite des Spektrums und machen sie gleichzeitig blasser. Wahrscheinlich kommen bei diesen beiden Arten von Veränderungen sowohl die Wellenlänge wie die Intensität des Lichtes in Betracht. Wenigstens ist dieses mit Bestimmtheit nachzuweisen bei der nach der stärker brechbaren Seite des Spektrums hin gerichteten Veränderung, und es lässt sich derselbe Grad von Veränderung erzielen durch weniger kurzwelliges (grünes) Licht bei intensiverer (und längerer) Einwirkung, wie durch stärker kurzwelliges (blaues und violettes) Licht bei geringerer Intensität und Dauer. Diese mit der kürzeren Wellenlänge kontinuirlich zunehmende physiologische Verzehrung des Sehrothes lässt sich jedoch mit der in diesem Abschnitte des Spektrums gleichfalls kontinuirlich zunehmenden chemischen Wirkung des Sonnenlichtes desshalb nicht in eine direkte Beziehung bringen, weil die physiologische Verzehrung des Sehrothes mit dem sichtbaren Ende des Spektrums erlischt, während die chemische Wirkung sich bekanntlich noch weit über dieses sichtbare Ende hinaus fortsetzt. — Ausser den eben beschriebenen materiellen Veränderungen der Stäbchenschicht bringt das Licht in ihr jedoch auch noch eine zweite Reihe von Veränderungen hervor, die vielleicht nicht weniger merkwürdig ist als die erste. Das in der Stäbchenschicht vertheilte Retinalpigment, welches sich je nach den verschiedenen Beleuchtungsverhältnissen der Retina verschieden verhält, ist nicht ortsbeständig, sondern es wandert unter dem Einflusse des Lichtes. In solchen Augen, welche im Dunkeln oder im rothen Lichte gehalten waren, sind die Zwischenräume zwischen den Stäbchen stets völlig pigmentfrei, während bei den dem weissen oder dem blauen und violetten Lichte ausgesetzten Augen dichte braune Pigmentschnüre bis an die Basis der Stäbchen und die Membrana limitans externa heranreichen. Diese Beobachtung macht die direkte Betheiligung der Pigmentzellen bei dem Sehakte im höchsten Grade wahrscheinlich. — Ebenso wie für die Pigmentkörnchen des sechseckigen Retinalepitels lassen sich auch für die in denselben Zellen enthaltenen Oeltropfen ganz bestimmte Beziehungen zu den in der Stäbchenschicht stattfindenden physiologischen Vorgängen nachweisen. Diese Oeltropfen sind nichts Anderes als das Material, aus welchem das durch Licht verzehrte Sehroth sich beständig rege-

nerirt: denn bei Dunkelfröschen sind alle Oeltropfen gleichmässig intensiv goldgelb gefärbt, während bei solchen Fröschen, bei denen der Voraussetzung nach ein Verbrauch des Materials stattgefunden haben musste, die Pigmentzellen ausser den intensiv goldgelben Tropfen auch noch blassgelbe, ja vollkommen farblose Tropfen enthalten. — Alle diese Beobachtungen, sowohl die, welche sich auf die Aussenglieder, wie die, welche sich auf die Bestandtheile des Retinalepitels, des Pigmentes und der Oeltropfen beziehen, zeigen zum ersten Male, dass in den Sinnesorganen parallel mit den verschieden physiologischen Zuständen auch materielle Veränderungen vor sich gehen. Durch sie wird eine empfindliche Lücke in der theoretischen Physiologie ausgefüllt, indem nachgewiesen wird, dass, ebenso wie in den durch centrifugale Nerven innervirten Organen, so auch in den von centripetalen Nerven versorgten Sinnesorganen den physiologischen Zuständen der Ruhe und Thätigkeit ganz bestimmte materielle physikalische, chemische und anatomische Veränderungen entsprechen. Dass derartige Veränderungen existiren mussten, liess sich allerdings a priori schon aus dem Prinzipe von der Erhaltung der Kraft ableiten, da es undenkbar war, dass die in den Endapparaten der Sinnesnerven stattfindende Umsetzung der verschiedenen physikalischen Agentien (z. B. der Licht- und Schall-Wellen) in Bewegung des Nervenprinzips ohne gleichzeitige objektive Veränderung der Nervenapparate, also gleichsam immateriell, sich vollziehen könne. Wirklich nachgewiesen waren aber solche Veränderungen bisher noch nicht. — Diese neue Erkenntniss ermöglicht die Stellung und Erörterung gewisser allgemeiner Probleme aus der Physiologie der Sinne, die bisher in dieser Weise wenigstens nicht diskutirt werden konnten. Die erste dieser Fragen bezieht sich auf den Ort der Sinnesempfindung. Die moderne Physiologie der Sinne wird von der Vorstellung beherrscht, dass die Endausbreitungen der Sinnesnerven in den Sinnesorganen, dass der Mosaik in der Retina und der Klaviatur in der Schnecke, im Central-Organe selbst centrale Endorgane entsprechen, welche die Anordnung der peripherischen empfindenden Punkte gewissermassen anatomisch reproduziren; und man stellt sich vor, dass erst aus der physiologischen Erregung dieser im Centralorgane selbst gelegenen Repräsentanten der empfindenden Endpunkte die Seele ihre Eindrücke und Wahrnehmungen abstrahirt. Im Gegensatze hiezu ist Verf. geneigt, anzunehmen, dass die Qualität der Empfindungen sich schon in der Retina selbst feststellt, und dass die Seele ganz direkt von der Peripherie die verschiedenen Zustände der Sinnesnervenendigungen abliest, die dann nicht erst weiter nöthig haben, innerhalb des Centrums in einem besonderen Aufnahme-Apparate registrirt und von diesem erst an die Seele zur Empfindung übermittelt zu werden. — Von diesem Standpunkte aus hätte man anzunehmen, dass die in den Endapparaten der Sinnesnerven stattfindenden Veränderungen ganz direkt in das Bewusstsein übergehen. In Bezug auf diesen Uebergang in das Bewusstsein sind offenbar zwei Modalitäten zu denken. Man kann einmal annehmen, dass die Seele diese in den Sinnesorganen während der physiologischen Thätigkeit stattfindenden Veränderungen als blosses Material behandelt, welches sie vollständig bearbeitet und aus dem sie ihre Empfindungen herstellt, indem sie nach ihrer Weise diese Veränderungen interpretirt. In diesem Falle braucht gar keine bestimmte Beziehung zu bestehen zwischen der Natur der in dem Endorgane stattfindenden materiellen Veränderung und dem Wesen und der Qualität des Empfindungsvorganges, ebensowenig wie eine Beziehung besteht zwischen der Form eines gedruckten Wortes und dem Wesen der damit bezeichneten Sache. Gegenüber dieser Interpretationstheorie, die bisher in der Sinnesphysiologie ausschliesslich geherrscht hat, betont die Identitätstheorie, die Idee eines bestimmten und nothwendigen Zusammenhanges zwischen dem die Empfindung begleitenden materiellen Vorgang im Sinnesorgane und der dadurch in der Seele hervorgerufenen Vorstellung. Es lassen sich in der That bereits manche Thatsachen der Sinnesphysiologie unter dem Gesichtspunkte vereinigen: „dass durch die Einwirkung der verschiedenen Agentien (Licht und Farben, Schallwellen, Wärme, schmeckende Substanzen) in den Endapparaten der Sinnesnerven objektive Veränderungen hervorgebracht werden, welche identisch sind mit dem Inhalte der durch sie erzeugten Empfindungen und subjektiven Vorstellungen". — Sollte es gelingen, diese Auffassung für die einzelnen Sinnesorgane wirklich vollständig durchzuführen, so würde daraus ganz unmittelbar eine vollkommen neue Lösung der uralten Frage über die Realität des Inhaltes unserer sinnlichen Erkenntniss hervorgehen. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 45. *Erlangen*, am 10. November 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Leichengeburten. Kephalotrypter und Kranioklaster. Ueber puerperale Infektion Neugeborener. Ueber Abtragung der Tonsillen und der Uvula. Parenchymatöse Essigsäureinjektionen bei Karzinom. Werth des Fehlens der Hirnpulsationen bei blosliegender harter Hirnhaut. Zur Lehre von der arhythmischen Herzthätigkeit.

Je mehr früher von sogen. „Leichengeburten“ erzählt und in vielen Fällen gefabelt wurde, desto weniger glaubte man in ärztlichen Kreisen auf diese Berichte geben zu können, ja es kam so weit, dass man alle Berichte darüber für Täuschung oder Betrug ansah. Selbst noch im Jahre 1870 in der geburtshülflichen Gesellschaft in London und 1873 in der Gesellschaft für gerichtliche Medizin in Paris äusserten sich die hervorragendsten Mitglieder dieser Gesellschaften in absprechender Weise bezüglich der Leichengeburten. Dr. Reimann in Kiew hat in der Literatur 64 Fälle von Leichengeburten verzeichnet gefunden, welche freilich theilweise sehr unbestimmt und ungenau berichtet sind und leicht Zweifel an der Wahrheit aufkommen lassen. Doch finden sich auch einige darunter, welche von anerkannt glaubwürdigen Personen mitgetheilt sind. Dr. Reimann hat diese 64 Fälle tabellarisch zusammengestellt und veröffentlicht, 10 derselben etwas genauer. Wir müssen wegen dieser ausserordentlich fleissigen Zusammenstellung auf das Original verweisen und heben nur hervor, dass sich aus derselben das wirkliche Vorkommen von Leichengeburten ergibt, und zwar vielleicht nicht so selten, als man gewöhnlich annimmt. — Die Ansichten über das Zustandekommen der Leichengeburten gehen sehr auseinander. Friedreich behauptet, dass das Kind durch eigene Kräfte ausgetrieben werde, welche Erklärung freilich mit der häufigen Beobachtung, dass faultodte Kinder nach der Mutter Tode geboren wurden, hinfällig wird. Pitschaft sieht in der Leichengeburt etwas Analoges mit der Erektion des Gliedes und der Samenentleerung bei Erhängten oder Ertrunkenen. Starke führt die Austreibung der Frucht aus der mütterlichen Leiche auf die in der Todtenstarre eintretende Zusammenziehung der Muskeln, der Bauchwandungen, des Zwerchfells und des Uterus zurück. Dadurch liessen sich aber die Fälle nicht erklären, in denen die Geburt des Kindes zu einer Zeit eintrat, wo die Todtenstarre schon vorüber war, und zweitens muss bedacht werden, dass die Kontraktionen in Folge der Todtenstarre sich auf alle muskulösen Theile des Unterleibes und der Genitalien ausbreiten, also eine wesentliche Ortsveränderung des Kindes hiedurch wohl kaum denkbar ist. Auch die Annahme, dass das Gewicht der Frucht und die Erschlaffung der Gewebe die Leichengeburt bedingen, widerstreitet im Allgemeinen der Beobachtung. Die eben erwähnten Ansichten sind jetzt verlassen worden und es stehen sich zur Zeit hauptsächlich zwei Ansichten gegenüber. Die meisten Anhänger hat die Annahme Maizier's, Casper's und Depaul's sich erworben, dass nämlich der Druck der Fäulnissgase das Kind aus dem todten Körper der Mutter treibe. Weniger ist die Ansicht von Martin, Fodéré, Aveling und Osiander, dass durch Zusammenziehungen des Uterus die Frucht geboren wurde, vertreten. Dr. Reimann setzt nun auf Grund der ge-

sammelten Beobachtungen auseinander, dass zur Erklärung aller Fälle von Leichengeburt die Annahme des Gasdruckes in Folge von Fäulniss nicht ausreiche. Dieselbe passt z. B. nicht für die Fälle, in denen das Kind kurz nach dem Tode der Mutter geboren wurde, zu welcher Zeit die Gasentwicklung nur erst eine sehr unbedeutende sein konnte. Ferner spricht gegen die ausschliessliche Annahme des Gasdruckes die öfter gemachte Beobachtung, dass man die Placenta vom Uterus getrennt vorfand. Hierbei müssen also noch andere Kräfte wirksam sein. Dr. Reimann nimmt an, dass auch bei den Leichengeburten Kontraktionen der Gebärmutter Statt hätten — eine Annahme, welcher er durch Experimente an Thieren eine feste Stütze gegeben hat. Die vollständig vom Körper getrennte Gebärmutter zog sich auf Reizung (Elektrizität, Wärme, Kälte etc.) in rhythmischer Weise zusammen; hängt der Uterus noch mit der Vagina zusammen, so gehen die Kontraktionen auch auf die letztere über. Ferner wurde durch die Versuche erwiesen, dass der Uterus ganz unabhängig vom centralen Nervensysteme sich zusammenzieht. Obgleich sich diese Beobachtungen zunächst auf den Uterus von Kaninchen, Katzen etc. beziehen, so lassen doch auch einige Beobachtungen am Menschen mit Sicherheit auf ein gleiches Verhalten des Uterus desselben schliessen. Wir nennen hier die Namen der Beobachter und führen dann nur ein Beispiel an; in Betreff der anderen verweisen wir auf das Original. So beobachteten Uterus-Kontraktionen nach dem Tode d'Outrepont, Osiander, Hecker, Braxton Hicks, Baudelocque, Arbeiter und Leroux. In Hecker's Falle war bei einer am Lungenschlage plötzlich verstorbenen Gebärenden 7 Min. nach dem Tode das Kind durch den Kaiserschnitt entfernt worden. Der Uterus war nach Lösung der Placenta ganz schlaff und fiel aus der Bauchwunde heraus. Nachdem die Bauchwände durch Nähte wieder fest verschlossen worden waren, fühlte man durch dieselben hindurch den erschlafften Uterus sich fest zusammenziehen. Dass solche Zusammenziehungen der Gebärmutter sich öfters nach dem Tode wiederholen mögen, ist mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, und geht auch aus einer zufällig gemachten Beobachtung an einem trächtigen Rehe hervor (Casper, Wochenschr., 1834), welches aus Versehen auf der Jagd getödtet worden war. Bei Oeffnung des Leibes gewahrte man heftige Bewegungen in demselben und nach kurzer Zeit war ein Kälbchen geboren. Wie lange die postmortalen Uterus-Kontraktionen währen und wodurch sie gehemmt oder begünstigt werden können, darüber ist bis jetzt ein Aufschluss nicht möglich gewesen. Bezüglich des letzteren Punktes kann nur gesagt werden, dass möglicher Weise die Jahreszeit von Einfluss ist, wenigstens wurden die meisten Fälle von Leichengeburten in der heissen Jahreszeit beobachtet. In 2 Fällen, welche Verf. selbst beobachtete und in denen die Kreissenden sich in das Wasser gestürzt hatten, wurden die Kinder nicht nachträglich geboren. Auf jeden Fall spielt die Temperatur eine Rolle bei dem Zustandekommen von postmortalen Uterus-Kontraktionen, wie es schon die oben erwähnten Versuche an Thieren dargethan haben. (Arch. f. Gynäkologie, 1877, XI, S. 215 ff.) —

Auf der Versammlung der Gynäkologen zu München v. 15.—17. September l. Js. sprach Prof. Credé über Kephalotrypter und Kranioklaster. Er knüpfte an einige vor Kurzem veröffentlichte einschlägige Arbeiten von Wiener (aus der Breslauer Klinik) und Fritsch (Operationslehre) an, in denen Ersterer den Kephalotrypter ganz verwirft, Letzterer den Kranioklaster bei weitem vorzieht, um, da ihn seine Erfahrungen eher zu entgegengesetzten Schlüssen geführt haben, nun auch in grösserem Kreise die Frage über den Werth oder Unwerth des Kephalotrypter einmal zur Diskussion zu stellen, und fordert speziell die Vorstände der Kliniken auf, ihre Meinung zu äussern. Er selbst hat in den letzten Jahren fast nur den Kephalotrypter angewendet und in seiner langjährigen Praxis keinen Einwurf gegen denselben gefunden. Ja gerade in schweren Fällen habe er „ihn spielend leicht" angelegt, während der Kranioklaster nichts leistete. Darum könne er auch den A. Martin'schen Satz (Operationslehre), dass beide Instrumente gleichberechtigt seien, nicht anerkennen; es käme auf die richtige Wahl im einzelnen Falle an. Vielleicht rührten auch die verschiedenen Urtheile von der Verschiedenartigkeit der einzelnen Instrumente her. Er, führt der Vortragende aus, benutzte stets den Busch'schen Kephalotrypter, der ziemlich schwer ist und nicht federt, keine Kopf- aber grosse Beckenkrümmung habe. Die meisten andern Instrumente (Braun, Kiwisch) seien zu leicht, federn und sind desswegen unbrauchbar. Auch auf die An-

wendung des Instruments kommt es an. Der Kephalotrypter ist Verkleinerungs-, nicht Extraktions-Instrument. Zunächst wird der Schädel perforirt, dann der Kephalotrypter angelegt und nun in Pausen zusammengeschraubt. Der Vorwurf, dass dadurch der entgegengesetzte Kopfdurchmesser vergrössert werde, sei nicht gerechtfertigt. Der Schädel des Kindes wird in der Längsrichtung des Instruments verlängert. Die Austreibung der Frucht geschieht dann durch die Wehen; das Instrument dient jetzt nur zum Leiten, zum Führen des Schädels, nicht aber dürfe daran gezogen werden. In der beschriebenen Weise angewendet dauern die Operationen ca. 10 bis 15 Minuten und sind entschieden gefahrloser als die Anwendung des Kranioklaster. Abgleiten des Instruments sei ihm nie vorgekommen. Für alle Fälle sei er stets mit dem Kephalotrypter ausgekommen und habe nie das Bedürfniss nach einem andern Instrumente gehabt. Er fasse sein Urtheil über beide Instrumente so zusammen: Kephalotrypter und Kranioklaster sind nicht gleichberechtigt, sie ergänzen einander; ersterer ist zur Verkleinerung, nicht zum Herausziehen zu benützen, letzterer hauptsächlich zur Extraktion. Der Kephalokrypter ist gefahrloser anzuwenden, der Kranioklaster ist entbehrlich. — Fritsch bemerkt in seiner Entgegnung, dass der Kephalotrypter den Nachtheil habe, nicht so hoch hinaufzureichen, wie der Kranioklaster; letzterer sei bei sehr hoher Kopfstellung allein anwendbar. Auch zermalmt der Kephalotrypter häufig die Basis des Schädels nicht. — Spiegelberg erwiedert Einiges zu Wiener's Vertheidigung. Er selbst wendet in seiner Praxis meist den Kranioklaster an, der ihm besonders bei schlechter Kopfstellung recht gute Resultate gegeben. Er legt Gewicht auf den Gebrauch desselben als Kranio-Extraktor, während die Beckenwände die Kompression des Schädels bewirken. Eine Läsion derselben sei dabei viel weniger möglich als bei Anwendung des Kephalotrypter. Durch den Kranioklaster soll der Schädel verkleinerungsfähig gemacht werden, der Druck der Beckenwände soll ihn verkleinern. Historisch erwähnt er, dass F. Winkel schon im Beginne der sechziger Jahre die Anwendung der Maenard-Stein'schen Zange empfohlen habe. — Olshausen wendet, entgegen Credé, den Kephalotrypter auch als Extraktions-Instrument an; in Fällen, in welchen der Kopf sehr hoch steht, bedient er sich des Kranioklaster. Was das Instrument selbst betrifft, so redet er dem Martin-Breisky'schen warm das Wort. — P. Müller spricht sich, einige Operationsgeschichten kurz zum Belege referirend, mehr für den Kephalotrypter aus. Besonders bei Beckenenge höheren Grades habe ihn der Kranioklaster, von dem er anfangs entzückt gewesen, mehrfach im Stiche gelassen. Er reisse zu leicht aus, darum wende er in solchen Fällen nur den Kephalotrypter an. — Winkel: Da schon in früheren Jahren die Frage, ob Kranioklaster oder Kephalotrypter, vielfach ventilirt worden ist, hat Winkel Experimente über die Gränze der Anwendungsfähigkeit des erstern Instruments angestellt. Bei Conjugata vera von 5—6 Ctm. gelang es ihm, innerhalb $^3/_4$—$1^1/_2$ Minuten nach vorhergegangener Perforation die Extraktion mittelst Kranioklaster zu vollziehen. In dem am längsten dauernden Falle gelang ihm schliesslich die Entwicklung des Kindes durch Drehung der Schädelbasis mit dem Kranioklaster und legt er auf diese Drehung als eventuell anzuwendende Methode besonderes Gewicht. — Gusserow wendet persönlich seit 11 Jahren den scharfen Hacken an und ist ihm dabei nur ein Mal eine Verletzung der mütterlichen Weichtheile vorgekommen. Aus der Schule will er den Hacken allerdings seiner Gefährlichkeit wegen verbannt wissen, und lehrt er desswegen den Gebrauch des Kranioklaster in erster Linie. Auch er macht auf die Drehung der Schädelbasis als wichtiges Moment aufmerksam. — Hegar hat früher auch den scharfen Hacken gebraucht, jetzt wendet er vorzugsweise den Kranioklaster an. Bei seitlichen Abweichungen des Kopfes besonders sei der Kephalotrypter gar nicht verwendbar. — Winkel regt noch die Frage an, ob man den Kranioklaster nicht schon vor völliger Erweiterung des Muttermundes anwenden könne, was mit dem Kephalotrypter, ohne schwere Verletzungen zu befürchten, doch wohl nicht ausführbar sei. — Schwarz hat bis jetzt nur den Kephalotrypter gebraucht; auch bei seitlichen Abweichungen des Kopfes komme man ganz gut mit ihm aus, wenn man nur das Instrument mit Einführung der ganzen Hand anlege. — A. Martin spricht sich auf Grund reicher Erfahrung mehr für den Kephalotrypter aus, ohne desswegen den Kranioklaster zu verwerfen. — Schroeder wendet seit den letzten Jahren nur den Kranioklaster an und empfiehlt ihn speziell für die Schule als entschieden ungefährlicher. — v. Hecker hat meist den Kephalotrypter

gebraucht, will aber beide Instrumente als gleichberechtigt anerkannt wissen. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1877. 20. Oktober.)

Anschliessend an einen von Hofrath Hecker in München veröffentlichten Fall von puerperaler Infektion des Neugeborenen veröffentlicht Dr. O. Küstner zu Halle a|S. zwei Fälle, in welchen der Weg, den die Infektion bei dem Neugeborenen gegangen ist, ganz klar vor Augen liegt. 1. Fall: Eine 20jähr. Kreissende wurde 1875 in das Entbindungs-Institut aufgenommen. Die Wasser waren bereits abgeflossen. Ganz plötzlich trat Fiebertemperatur auf, die Geburt wurde rasch mit der Zange beendet. Es wurde hierbei eine grosse Menge schmutzig aussehenden und stinkenden Fruchtwassers, welches die ganze Zimmerluft verpestete, entleert. Das Kind, etwas asphyktisch, hatte etwas Fruchtwasser eingeathmet, welches zum Theile durch den Katheder entfernt wurde. Trotz desinfizirender Einspritzungen in die Genitalien starb die Mutter am 4. Tage p. p. an akutester Septhämie und Peritonitis. Da keine Epidemie damals herrschte, so musste man in diesem Falle Selbstinfektion annehmen. Das Kind zeigte sehr erschwerte Respiration; geschrieen hat dasselbe gar nicht, die Oberlippe sah kyanotisch, die Haut graugelb aus. Am 2. Tage liess sich hinten rechts und unten deutliche Dämpfung konstatiren und noch an demselben Tage erfolgte der Tod. Bei der Sektion ergab es sich, dass die Lungen, in denen übrigens nirgends ein Embolus aufgefunden werden konnte, theilweise (der ganze rechte untere und der halbe linke untere Lappen) stark infiltrirt waren; an einigen Stellen liess sich bereits gelbe Hepatisation erkennen. Unter dem Mikroskope sah man die Alveolen und kleinen Bronchien mit einer massenhafte Bakterien enthaltenden, feinkörnigen Masse angefüllt. Trotzdem gewahrte man, dass diese Fremdkörper nur einen verhältnissmässig geringen Reiz auf die betroffenen Gewebe ausgeübt hatten. — 2. Fall: Bei einer 20jähr. Kreissenden war bereits das Wasser abgeflossen; die Geburt aber wurde wahrscheinlich durch eine angeborene Striktur der Vagina abgehalten. Nach einigen Inzisionen stand der Kopf des Kindes zangengerecht und wurde mit der Zange zu Tage gefördert, der übrige Körper extrahirt. Eine Verletzung der mütterlichen Weichtheile hatte nicht stattgefunden. Nach Angabe der Hebamme sollte das abfliessende Fruchtwasser übelriechend gewesen sein. Das Kind war etwas asphyktisch, schrie aber nach der Geburt. Im Uebrigen war es schwächlich, hustete und starb am 3. Tage nach der Geburt. Im rechten mittleren Lungenlappen zeigte sich bei der Sektion eine fest infiltrirte Stelle. Ein Embolus war nicht vorhanden. Die übrigen Organe waren vollkommen gesund. Bei der Mutter trat am 3. Tage Fieber ein in Folge eines Erysipelas faciei. Das Erysipel ging wieder zurück; aber bei andauerndem Fieber entwickelte sich eine exsudative Parametritis, von welcher die Wöchnerin erst nach Monaten genas. — In dem ersteren dieser beiden Fälle entstand die Septhämie offenbar in Folge der Aspiration des putriden Fruchtwassers. Die Pneumonie war hierbei sehr mässig, so dass das lethale Ende unmöglich auf dieselbe bezogen werden kann. Nicht so einfach ist der Ausgang des 2. Falles zu erklären, wenn nicht angenommen werden kann, dass hier das Fruchtwasser, welches ebenfalls vom Kinde aspirirt wurde, selbst in fauliger Zersetzung begriffen gewesen sei. Fruchtwasser wird ja sehr oft von den Kindern aspirirt, ohne dass eine Blutvergiftung die Folge davon ist. In dem letzteren Falle war aber das Zimmer, in welchem die Frau niederkam, mit einer dumpfigen schlecht riechenden Atmosphäre angefüllt, welche auf das aspirirte Fruchtwasser durch die Athmung einen zersetzenden Einfluss ausübte und es zum Träger des blutvergiftenden Stoffes machte. Es ist bekannt, dass die mütterlichen Sekrete an und für sich eine nur geringe Infektiosität besitzen, dass sie aber für die einmal in dieselben eingedrungenen fermentirenden Körper den fruchtbarsten Boden abgeben. Nach Ansicht des Verf. wird sich also das Kind im 2. Falle in denselben Verhältnissen befunden haben, wie die Versuchsthiere bei den Hohenhausen'schen Experimenten aus der Dorpater chirurgischen Klinik. Hier wurden Hunden einige Tropfen frischen Blutes in die Trachea gespritzt und dann die Thiere in eine mit fauligen Gasen angefüllte Athmungsluft gebracht. Hiebei entwickelte sich eine septische Fremdkörperpneumonie, gerade so wie es in den mitgetheilten Fällen geschah. In dem 1. Falle fand Verf. massenhafte Schizomyceten in den Lungenalveolen, ebenso waren die kleinen Bronchien, wie schon erwähnt, mit diesen septischen Fremdkörpern ausgestopft. Zum Schlusse spricht Verf. noch den Wunsch

aus, dass ebenso wie mit Blut (in den Hohenhausen'schen Versuchen) auch mit den Lochien gleiche Versuche angestellt werden möchten. (Archiv f. Gynäkologie, XI. 1877.)

Das Norsk Magazin for Lägevidensk., 1877, VII, enthält eine Arbeit von Prof. Dr. Voss über die Abtragung der Tonsillen und der Uvula. Ihn hat langjährige Erfahrung an einem sehr reichen Materiale gelehrt, dass die Abtragung der Tonsillen, wenn sie hypertrophisch sind, oft sekundären Leiden vorbeugen kann, sobald sie zeitig genug vorgenommen wird, und dass sie solche Leiden hebt, wenn sie bereits eingetreten sind. Die vorbeugende Operation ist, wie Vf. meint, gefahrloser als der Weg, den die Natur oft zur Vernichtung der vergrösserten Tonsillen einschlägt, die Vereiterung. Doch verhalten sich in dieser Beziehung Kinder und Erwachsene verschieden: bei Letzteren, bei denen das Gewebe der Tonsillen von viel festerer Beschaffenheit ist, ist die Operation nicht immer so ganz gefahrlos, denn sie kann mitunter ganz bedeutende und schwer zu stillende Blutungen im Gefolge haben. Dass solche Blutungen aber tödtlich sein könnten, scheint Verf. nicht sehr wahrscheinlich, weil die bei der Operation durchschnittenen Arterien nicht von so bedeutender Grösse sind. Eine Verletzung der Carotis interna hält er nicht für möglich, die Fälle, in denen dies geschehen sein soll, nicht für zweifellos festgestellt und eine Verwechslung der Quellen der Blutung in ihnen für wahrscheinlich. Ausser der Arteria tonsillaris mit ihren Verzweigungen, die aus der A. pharyngea adscendens entspringt und die Tonsille versorgt, kommt in der Nähe der Tonsille nur mitunter ein Bogen der Pharyngea adscendens in Betracht, der aber stets ausserhalb der Tonsillenkapsel liegt. Die Anastomosen der Zweige der Tonsillaris mit Zweigen der Arteria palatina descendens bestehen stets nur aus kleinen Zweigen. Dem Fahnenstock'schen Tonsillotome, das er früher benutzte, zieht nunmehr Verf. das Lüer'sche als sehr zweckmässig und leicht zu handhaben vor; die Führung des Instruments mit einer Hand ist nach Verf. Erfahrung weniger sicher, weil dabei leicht die Exstirpation unvollständig ausfällt; er räth desshalb das Instrument mit der einen Hand zu fixiren und mit der anderen den Schieber zu regieren. Verf. hat die Tonsillotomie an 347 Personen ausgeführt (164 männl. und 183 weibl. Geschlechts); das Alter der Kranken lag zwischen 2 und 52 Jahren, die meisten Kranken standen aber in dem Alter von 2–25 Jahren (275); relativ am stärksten vertreten war das 12. und 17. Lebensjahr (in jedem 20). Bei 292 Individuen wurden beide Tonsillen exstirpirt und bei 3 wurde die eine Tonsille wiederholt exstirpirt, weil sie wieder hypertrophisch geworden war; bei einer Pat. wurden beide Tonsillen im 14. Lebensjahre exstirpirt und 8 Jahre später musste die Operation an der linken wiederholt werden; bei einem Manne wurden im 31. Lebensjahre beide exstirpirt und 6 Jahre später die rechte wieder; bei einer Pat. wurde 4 Jahre nach Exstirpation beider Tonsillen (im 5. Lebensjahre) die linke von Neuem entfernt. Die Blutung wurde in der Regel ziemlich rasch, namentlich bei Kindern, durch Gurgeln mit kaltem Wasser gestillt, nur ausnahmsweise dauerte sie länger oder kehrte später wieder (in 27 Fällen), so dass andere blutstillende Mittel angewendet werden mussten. In allen diesen Fällen waren die Kranken nicht unter 12 Jahren alt. In 2 Fällen wurde die Blutung durch Eisenchloridlösung gestillt; 4 Kranke erbrachen später nach der Operation geronnenes Blut, ohne die Blutung selbst bemerkt zu haben; bei 6 traten Nachblutungen ein, die bemerkt wurden; doch genügte in 3 Fällen Gurgeln mit kaltem Wasser zur Stillung; nur in 3 Fällen musste zur Eisenchloridlösung gegriffen werden. Bei einem 22jährigen Frauenzimmer trat gleich nach der Operation die stärkste Blutung auf, die Verf. gesehen hat, der Blutverlust war bedeutend und erst nach 6 Stunden gelang es, die Blutung zu stillen. Den weiteren Verlauf und die Wirkung der Operation konnte Verf. nur bei 187 von seinen Kranken noch verfolgen, da er von 160 nichts wieder gehört hat. Wenn einfache Hypertrophie vorhanden war und die Operation nur wegen der Beschwerden beim Schlingen und Sprechen vorgenommen wurde (28 Kranke), war das Resultat der Operation stets zufriedenstellend; bei Komplikation der Hypertrophie mit wiederholtem Rachenkatarrhe konnte Verf. von 101 Individuen bei 52 die Heilung nach längerer oder kürzerer Zeit feststellen; die Untersuchung der Lungen ergab bei ihnen nichts Abnormes, die wiederkehrenden Rachenentzündungen mussten natürlich mit den üblichen Mitteln behandelt werden. Von diesen Kranken starben 4 später an Scarlatina, Pneumonie, Miliartuberkulose und Pylephlebitis nach Typhlitis. Bei 32 kam $^1/_2$

bis 16 Jahre nach der Operation kein Recidiv vor, bei 16 traten Recidive auf, und zwar gingen diese in 2 Fällen von der nicht exstirpirten Tonsille aus. Wegen Diphtherie hat Verf. nur in einem Falle die Tonsillotomie ausgeführt und diese hat nach ihm gewiss Antheil am günstigen Ausgange gehabt; auch wegen Syphilis wurde die Operation nur in einem Falle ausgeführt, und zwar nur als Einleitung für die darauf folgende Behandlung der vorhandenen Krankheit. Ebenso war bei chronischer Pharyngitis, die mitunter mit Laryngitis und Ozaena verbunden auftrat (11 Fälle), die Tonsillotomie nur Mittel zum Zwecke der Ausführbarkeit lokaler Behandlung; ebenso bei Coryza und Ozaena mit schnarchender Respiration während des Schlafes (10 Fälle). Bei Schwerhörigkeit (55 Fälle) muss die Tonsillotomie dann als wesentlich in Bezug auf die Heilung betrachtet werden, wenn rasch nach der Operation Besserung eintritt. In 2 Fällen hat Verf. die Exstirpation der Tonsillen ausgeführt, weil sie zu gross waren und weil Verf. auf Grund der histologischen Struktur derselben annahm, dass sie möglicherweise zu Lymphdrüsengeschwülsten am Halse in kausaler Beziehung stehen könnten. In beiden Fällen wurden ausserdem noch äusserliche und innerliche Mittel angewendet. Nur einen von diesen beiden Fällen hat Voss später wieder zu Gesicht bekommen; die Drüsengeschwülste waren nur unbedeutend. Intermittirender oder chronischer, laryngealer, trachealer oder bronchialer Husten war bei 65 Kranken mit hypertrophischen Tonsillen vorhanden, von denen Voss bei 38 eine kürzere oder längere Zeit nach der Operation die Heilung kontroliren konnte; in vielen Fällen war ausserdem medikamentöse Behandlung in Anwendung gebracht worden. Ausserdem fand Voss die Hypertrophie der Tonsillen komplizirt mit Asthma (8 Fälle), Phthisis (7 Fälle) und erblicher Anlage zu Phthisis (30 Fälle), bei welcher die Tonsillotomie desshalb vorgenommen wurde, um den von den hypertrophischen Tonsillen ausgehenden und zu Rachenentzündungen und Husten führenden Reiz zu beseitigen, da wiederholte Entzündungen an den Tonsillen der Ausgangspunkt für eine Affektion werden können, die sich nach unten zu auf die Schleimhaut der Luftwege fortpflanzt. In 8 Fällen wurde die Hypertrophie der Tonsillen in Folge des durch sie bedingten Respirationshindernisses als Ursache vorhandener Schwäche betrachtet, in 6 Fällen als Ursache von Kopfschmerz. Nach der Tonsillotomie wurde in den letzteren Fällen wohl meist Besserung beobachtet. — Bei 38 Personen (darunter befand sich nur eine Frau) hat Vf. die Uvula exstirpirt wegen Verlängerung und Hypertrophie im Verlaufe von Rachenentzündung. In den meisten Fällen reizte sie zum Husten oder verursachte eine unangenehme Empfindung im Rachen. Bei 4 Kranken wurden zugleich auch die Tonsillen exstirpirt. Die Operation wurde einfach in der Weise ausgeführt, dass die Uvula mit einer Kornzange gefasst und der grösste Theil derselben mit einer Cooper'schen Scheere abgeschnitten wurde. Man muss dabei darauf achten, dass sich die Uvula streckt und bedeutend verlängert; man darf desshalb den Schnitt nicht hart an der Basis machen, weil man sonst leicht zu viel abschneidet. Die Blutung stillte Verf. stets durch Aetzung mit Höllenstein, nachdem er vorher die Erfahrung gemacht hatte, dass sie leicht wieder auftrat, wenn sie zuvor nur durch Gurgeln mit kaltem Wasser gestillt worden war. In dem betreffenden Falle hatte die Blutung trotz fleissigen Gurgelns eine ganze Nacht hindurch gedauert und der Kranke war ziemlich anämisch geworden. Das unmittelbare Resultat nach der Abtragung der Uvula war die Beseitigung der durch dieselbe hervorgebrachten unangenehmen Empfindung; wenn gleichzeitig chronische Pharyngitis vorhanden war, erforderte diese ausserdem noch spezielle Behandlung. — Anhangsweise sei hier noch erwähnt, dass Professor Rossander in Stockholm (Hygieia, XXXVIII. 5, Svenska läkaresällsk. förh. p. 123. Maj. 1876) in einem Falle die Tonsillotomie unter Chloroformnarkose nach Rose's Methode am hängenden Kopfe ausgeführt. Die Blutung war bedeutender als sonst — ein Umstand, den schon Rose hervorgehoben hat, aber die Chloroformnarkose und die hängende Stellung des Kopfes wurden so lange erhalten, bis alle Gefahr beseitigt war. —

Die Wirkung parenchymatöser Injektionen von Essigsäure bei Karzinom bespricht Th. Gies in der deutschen Zeitschrift f. Chirurgie, 8. Bd., Seite 279 ff. Ein Mann von 62 Jahren hatte eine Drüsengeschwulst unter dem linken horizontalen Unterkieferaste. Da vor einigen Jahren ein Knötchen in der Unterlippe exstirpirt worden war, so wurde ein Karzinom supponirt, welche Annahme sich bei der Untersuchung der nun

exstirpirten Geschwulst bestätigte. Bald darauf traten Schmerzen in der Zunge auf, als deren Ursache man ein Krebsgeschwür an der linken Zungenhälfte, nahe an der Epiglottis, fand. Auch diese Neubildung wurde exstirpirt (nach Unterbindung der Arteria lingualis und Spaltung des Kiefers) und nach 18 Monaten war noch keine lokale Recidive zu bemerken. Nach 7 Monaten entwickelten sich zwei Geschwülste, eine kleine harte am linken Kieferrande und eine grössere weiche weiter unten am Halse; die letztere schrumpfte unter Eisbehandlung, die erstere blieb stationär. Ein Jahr nach der Zungenexstirpation entwickelte sich in der Gegend der rechten Glandula submaxillaris eine rasch wachsende Geschwulst, welche der Eisbehandlung widerstand und bald die Trachea verdrängte. Auch dieser Tumor war ein Karzinom, wie die Untersuchung eines mit der Harpune herausgeholten Stückchens ergab. Verf. machte nun Einspritzungen mit Essigsäure in die Geschwulst und zwar 8 Tage hintereinander je eine Pravaz'sche Spritze voll einer Lösung von Acid. acet. glaciale in Wasser im Verhältniss von 1:3; nur am ersten Tage wurde eine Lösung von 1:9 verwendet. Es wurde jedes Mal von einem Einstichpunkte aus die Nadel der Spritze in verschiedenen Richtungen in die Geschwulst eingesenkt und so der Inhalt der Spritze auf ein grösseres Gebiet vertheilt. Zugleich wurden warme Breiumschläge angewandt. Es entstand starke Schwellung; am 10. Tage wurde ein tiefer Einstich mit einem spitzen Messer gemacht und ein Drainrohr eingelegt, durch welches übelriechende Jauche abfloss. Nach 17 Tagen hörte die Jauchung auf, nach 4 Monaten war nur noch ein haselnussgrosses hartes Knötchen in der Tiefe tastbar. Bald darnach wurden auch in die kleine Geschwulst am Kieferrande und in eine neu entstandene an der Wange vier Injektionen mit dem gleichen Erfolge vorgenommen. Nun entstand eine neue Geschwulst unter dem linken Ohre, welche zu Hühnereigrösse wuchs, sehr hart war und, wie die mikroskopische Untersuchung lehrte, ein reicheres bindegewebiges Stroma hatte als die früheren Tumoren. Es wurden wieder Einspritzungen gemacht und zwar mit Rücksicht auf die grössere Widerstandsfähigkeit der Geschwulst spritzte Gies täglich 2—3 Spritzen voll ein, so dass innerhalb 11 Tagen 25 Spritzen der Essigsäurelösung von 1:3 eingeführt wurden. Während die Injektionen früher keinen Schmerz verursacht hatten, waren sie jetzt sehr schmerzhaft. Am 12. Tage wurde inzidirt. Die starke Jauchung dauerte drei Wochen, dann war der Tumor fast ganz verschwunden. — Gleichen Erfolg erzielte Gies bei einer messerscheuen Frau mit einem hühnereigrossen weichen Krebsknoten in der Brust. 10 Tage wurde täglich eine Spritze voll injizirt, am 11. Tage wurde inzidirt, nach 15 Tagen hörte die Jauchung auf, nach 4 Wochen war nur noch ein haselnussgrosses, schmerzloses Knötchen in der Tiefe vorhanden. Verf. machte in beiden Fällen die Einspritzungen in der Absicht, Vereiterung des Neugebildes zu erzielen. Er nahm desshalb auch sehr konzentrirte Lösungen von Essigsäure, deren Wirkung gewiss hauptsächlich auf Aetzung beruhte. Er empfiehlt, dieser Methode mehr Aufmerksamkeit zu schenken als bisher, da sie ein werthvolles Mittel ist, in nicht mehr operablen Fällen wenigstens das rasche Wachsthum der Neubildung zu hemmen, vielleicht auch radikale Heilung zu erzielen. Auch bei Patienten, welche eine blutige Operation ablehnen, wird das Mittel von Werth sein. Gies' Fälle sind noch zu frischen Datums, um über ihr weiteres Geschick etwas sagen zu können.

Dr. H. Braun betrachtet den diagnostischen Werth des Fehlens der Hirn-Pulsationen bei blossliegender harter Hirnhaut theils nach den Ergebnissen klinischer Beobachtungen aus der chirurgischen Literatur, theils nach den Ergebnissen eigener und fremder Versuche an Thieren. Da die respiratorischen Hirnbewegungen meist keine Beachtung fanden, so bezieht Vf. seine Schlüsse auch auf die von dem arteriellen Blutstrome abhängigen Pulsationen. Das Fehlen der letzteren oder ihre Verminderung kann zunächst von allgemeiner Anämie des Gehirnes bedingt sein, welche durch Kompression der Karotiden und durch starke Blutverluste entsteht; nur in Bezug auf diese letzteren bestehen direkte Beobachtungen und zwar an Thieren. Dass die Intensität der Herzbewegungen die Hirnpulsationen beeinflusst, ist a priori anzunehmen und wurde wiederholt an Individuen mit Schädeldefekten beobachtet. — Die zweite praktisch wichtigere Ursache für das Fehlen der Pulsationen ist die Anämie der oberflächlichen Hirn-Arterien und diese kann bedingt sein durch einen pathologischen Erguss in den Schädel (von Blut, Eiter oder einem anderen Exsudate), oder

durch ein zwischen Schädel und harter Hirnhaut fest eingeschobenes Knochenstück; hiebei ist gleichzeitig die Spannung der harten Hirnhaut vermehrt. Diese Spannung allein kann wohl nur bei sehr kleiner Oeffnung im Schädel die sichtbaren Gehirnpulsationen beeinträchtigen. Schliesslich können wohl auch Neugebilde im Schädel das Fehlen der Hirn-Pulsationen bedingen, doch fehlen hierüber gute Beobachtungen. Wenn bei kleiner Oeffnung im Schädel die Cerebrospinalflüssigkeit abfliesst, so kann zwischen Gehirn und harter Hirnhaut ein Zwischenraum entstehen, wodurch die Hirnpulsationen unsichtbar werden; macht man die Oeffnung im Schädel grösser, so legt sich die harte Hirnhaut an die Gehirnoberfläche an und die Pulsationen werden wieder sichtbar. — Wenn das Fehlen der Pulsationen durch Flüssigkeits-Ansammlung bedingt ist, so wird man den Erguss in der Regel unter der blossliegenden Stelle der harten Hirnhaut finden; doch kommen hiebei auch Ausnahmen vor. Ebenso wurde auch der Fall beobachtet, dass sich unter der entblössten Stelle der harten Hirnhaut eine Eiter-Ansammlung befand, und doch waren die Pulsationen deutlich sichtbar. (v. Langenbeck's Archiv, 21. Bd., S. 352 ff.)

Zur Lehre von der arhythmischen Herzthätigkeit lieferte Dr. Franz Riegel einen wichtigen Beitrag im Deutschen Archiv f. klin. Med. XVIII. 1. Bekanntlich war Traube der Erste, der einen „Pulsus bigeminus" und als eine Abart desselben, den „Pulsus alternans", beschrieb. Die stets paarweise von einander durch eine etwas längere Pause getrennten Pulse zeigten in dem von Traube beobachteten Falle von Pulsus alternans noch die Eigenthümlichkeit, dass auf einen niedrigen Puls ein höherer folgte. Traube kam durch seine Beobachtungen und Experimente zu dem Schlusse, dass der Pulsus bigeminus entstehe, wenn das Herz dem spinalen Theile seines Hemmungsnervensystemes entzogen und gleichzeitig der kardiale Theil des Hemmungsnervensystemes durch ein im Blute zirkulirendes Agens erregt sei. Darauf gründete sich die schlechte Prognose, welche Traube auf dieses Zeichen stützte. Später beschrieben Stricker, Fraentzel und Henoch Fälle von Pulsus alternans. Indessen bewährte sich die ungünstige Prognose nicht immer. Riegel beobachtete nur einen Fall von exquisitem Pulsus alternans bei einem Rekonvalescenten von akuter Peritonitis, mehrere Tage nachdem bereits alle Krankheitserscheinungen verschwunden waren, während in allen früheren Fällen das Auftreten mit der Akme der Erkrankung zusammenfiel. Abweichend war sodann auch, dass die Gipfelhöhe der Pulse gleich, aber die Basis, von der sie sich erhoben, verschieden war. Dies entstand dadurch, dass während des Abfalles des ersten Pulses bereits der zweite eintrat, zu derselben Höhe wie der erste anstieg und nun mit einer etwas gedehnteren Descensionslinie abfiel. Andere Pulsbilder zeigten einen Uebergang zu einem ähnlich konstruirten Pulsus trigeminus und endlich zu vollständiger Irregularität. Alle diese Beobachtungen wurden nur an einem Tage gemacht, später verlor sich das Phänomen vollkommen; vorher waren keine sphygmographischen Aufnahmen vorgenommen worden. Der Umstand, dass das eigenthümliche Pulsphänomen sich sofort dem tastenden Finger verrieth, liess indessen annehmen, dass es vorher sicher nicht übersehen war. Verf. ist geneigt, wegen des beobachteten Ueberganges des Pulsus alternans in vollständige Irregularität und wegen des Erscheinens nach Ablauf aller Krankheitserscheinungen eine Analogie mit dem in und nach der Krise akuter, fieberhafter Krankheiten, so besonders von Jürgensen bei der Pneumonie beobachteten unregelmässigen Pulse anzunehmen. Die Traube'sche Erklärung scheint ihm für seinen Fall nicht zulässig, wie auch die prognostische Bedeutung des Symptomes in demselben wegfiel. — In einem Nachtrage schliesst Verf. noch einen weiteren Fall von Pulsus bigeminus oder alternans an, den er bald darauf bei einer 33jährigen Frau beobachtete, die an Gelenkrheumatismus und Endokarditis litt. Das Phänomen dauerte auch hier nur wenige Tage, dann schloss sich die Rekonvalescenz an. Die veränderte Pulswelle zeigte eine bedeutende Grössenzunahme, in ihrer Descensionslinie fand eine abermalige beträchtliche Erhebung Statt, allerdings ohne die ganze Höhe des ersten Pulses zu erreichen. Dazwischen waren Rückstosselevation und Elastizitätsschwankungen ausserdem deutlich vorhanden. Auch hier kamen der Uebergang zu einem Pulsus trigeminus, dazwischen ausserdem normale Pulse vor. Die Deutung der Erscheinung nimmt Verf. wie in dem ersten Falle an. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 46. *Erlangen*, am 17. November 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Lehre vom Fruchtwasser. Die Chloroformanwendung kombinirt mit endermatischer Verabreichung von Morphium. Embolische Nephritis. Ueber Blutungen. Zur Frage der Kontagiosität des Pemphigus acutus recens natorum. Resultate aus Untersuchungen über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut. Indikationen und Kontraindikationen von Atropin und Kalabar in der Augenheilkunde. Ueber funktionelle durch Verlangsamung des Pulses sich charakterisirende Störungen des Herzens. Resultate aus Exstirpationsversuchen an der Konvexität der Grosshirnrinde bei Hunden. Resultate aus Durchströmungsversuchen an gesunden und kranken Nieren. Ueber systolische dynamische Geräusche an der Herzspitze in fieberhaften Krankheiten. Zur Behandlung primärer Retropharyngealabszesse. Verfahren bei elektrolytischer Behandlung von Geschwülsten. Die Temperatur des Auges.

Beiträge zur Lehre vom Fruchtwasser und seiner Entstehung veröffentlicht Dr. L. Prochownick im Archiv für Gynäkologie, XI. 2. Was vorerst die Frage nach der Entstehung des Fruchtwassers betrifft, so hat Verf. zur weiteren Klärung derselben nach 3 Richtungen hin Untersuchungen angestellt. Bezüglich der von ihm angewendeten Methode der Untersuchung ist zunächst zu bemerken, dass nur menschliche Amniosflüssigkeit verwendet wurde. Das Fruchtwasser wurde entweder dem in toto abgegangenen Ei entnommen oder in eine reine Spritze mittelst des Kluge'schen Eihautsprengers aufgesaugt, oder auch durch Punktion der sich in die Vulva vordrängenden Fruchtblase gewonnen. Hierauf wurde sofort die Reaktion des Fruchtwassers festgestellt und dasselbe sodann auf Filter gebracht. Nach der stets sehr langsam vorgehenden Filtration wurde mit Mohr'scher Waage das spezifische Gewicht bestimmt und hierauf begann die Untersuchung der Flüssigkeit. I. Der Harnstoff im Fruchtwasser. Ueber dessen Gegenwart im Fruchtwasser gehen die Ansichten der Autoren — Verf. theilt die einschlagende Literatur hierüber mit — auseinander. Die meisten geben an, dass sie Harnstoff in dieser Flüssigkeit gefunden haben. Andere wieder, und zwar gute Beobachter, wie Grohe, Mack und Scherer, konnten Harnstoff darin nicht nachweisen. Die Ansichten über die Abstammung des Harnstoffs vom Fötus sind immer noch ziemlich von einander abweichend. Nach der vom Verf. ausführlich beschriebenen Methode wurde aus dem Fruchtwasser salpetersaurer Harnstoff dargestellt und durch Wägung bestimmt, ferner die Menge des Harnstoffs durch Titrirung festgesetzt. Dass die gefundene Substanz Harnstoff war, wurde nach allen Richtungen hin bewiesen. Im weiteren Verlaufe der Untersuchung über den Harnstoff im Fruchtwasser theilt Verf. zunächst 3 Tabellen mit, von denen die erste die bisherigen Untersuchungen über den Harnstoff im menschlichen Fruchtwasser enthält — Untersuchungen, die aus vom Verf. näher angegebenen Gründen in ihren Resultaten keinen grossen Werth für die Beantwortung der Harnstofffrage darbieten. Die zweite Tabelle umfasst 13 vom Verf. selbst unternommene quantitative Analysen des Harnstoffs vom Fruchtwasser des Menschen; in der dritten Tabelle endlich sind die besten vorhandenen quantitativen Harnstoffanalysen der Amnios- und Allantois-Flüssigkeiten vom Thiere (Schaf, Kuh, Katze, Schwein und Pferd) enthalten. Aus den Untersuchungen des Verf., die wir im Einzelnen hier nicht wiedergeben können, geht Folgendes hervor: 1) das Fruchtwasser beim Menschen enthält von der 6. Woche an die ganze Schwangerschaft hindurch Harnstoff; 2) dieser wird vom Fötus — von Haut und Niere aus — produzirt; 3) die Menge des Harnstoffs steigt wahrscheinlich während der ganzen Schwangerschaftszeit, bestimmt aber während des letzten

Drittels derselben im geraden Verhältnisse mit der Länge und dem Gewichte des Fötus. Nachträglich theilt Verf. die Resultate noch dreier Untersuchungen bezüglich des Harnstoffs mit, welche diese Angaben vollständig bestätigen. Ein 6 wöchentliches Ei enthielt 0,018 pCt. Harnstoff, ein Hydramnion 0,03 pCt. und ein 5 wöchentliches Ei keine Spur von Harnstoff. — II. Der Chlorgehalt des Fruchtwassers. Aus den bezüglichen Untersuchungen, deren Ergebnisse in Tabelle IV nach den einzelnen Zeiträumen der Schwangerschaft geordnet und zusammengestellt ist, geht hervor, dass vom 3. Monate der Schwangerschaft an das Chlor im Fruchtwasser sicher nachgewiesen werden kann. Bezüglich der Quantität des Chlors, resp. NaCl, stellte sich eine ziemliche Uebereinstimmung heraus. Der Kochsalzgehalt bewegt sich nämlich zwischen $^1/_2$ und $^2/_3$ pCt., am Ende der Schwangerschaft nach den eigenen Untersuchungen des Verf. sogar nur zwischen 0,57 und 0,66 pCt. Auffallend ist es, dass, wie aus der Tabelle IV zu ersehen, in den Analysen des Verf. die Gesammtsumme der löslichen Salze von der Menge des Chlornatrium übertroffen wird, welche aus der gefundenen Menge des Chlor berechnet wurde. Man könnte annehmen, dass Chlor im Fruchtwasser an organische Stoffe gebunden wäre; wahrscheinlicher ist es jedoch dem Verf., dass die verschiedene Weise der Untersuchung des Chlor und der Salze im Fruchtwasser die Ursache dieser Differenz in sich schliesst. Diese auffallende Differenz ist übrigens in den neuesten vom Verf. vorgenommenen Untersuchungen ausgeglichen worden. In Bezug auf das Verhältniss der Menge des Chlor des Fruchtwassers zu derjenigen des Harnes der Neugebornen haben die Untersuchungen ergeben, dass dieselbe im ersteren weit grösser ist als im letzteren. Wahrscheinlich also kommt das Chlor nicht bloss durch die fötale Niere, sondern auch durch die Haut in das Fruchtwasser. — III. Die quantitative Untersuchung des Fruchtwassers. Verf. theilt wiederum 2 Tabellen (V und VI) mit, von denen die erste 20 aus der Literatur zusammengestellte, die zweite 11 von dem Verf. selbst unternommene quantitative Analysen des menschlichen Fruchtwassers enthält. Ausserdem spricht sich Vf. in diesem Abschnitte über Wesen und Entstehung des Fruchtwassers aus. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen fasst er ungefähr in Folgendem zusammen: Der Fötus selbst ist in Folge seines Stoffwechsels der Erzeuger der Amnios-Flüssigkeit, welche theils durch die Haut, deren Absonderung in der ersten Zeit der Schwangerschaft beginnt, theils durch die Nieren geliefert wird, welche letztere erst kurz vor der Mitte der Schwangerschaft in regelmässiger Weise irgend erheblich secerniren: durch das Amnion, welches eine seröse Haut darstellt, findet in der Norm eine Resorption (Diffusion) von innen nach aussen Statt. Die Resorption geht aber mit der Zunahme der Schwangerschaft in Folge von Veränderungen des Baues der Eihüllen und besonders des Amnion stetig leichter von Statten. Da im Beginn der Schwangerschaft eben die Resorption langsamer vor sich geht, weil in dieser Zeit die eiweisshaltige Flüssigkeit an sich schwer diffundirbar ist, und auch die Resorptions-Fläche wegen der vorhandenen Zwischenschichten die Diffusion erschwert, so nimmt auch in der ersten Zeit die Konzentration des Fruchtwassers zu, nach der Mitte der Schwangerschaft hingegen ab und bleibt in der letzten Zeit ziemlich konstant. Hieraus und aus dem von der Nierensekretion Gesagten lässt sich die verschiedene Quantität des Fruchtwassers zu verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft erklären. — In Bezug auf den Gehalt der Amnios-Flüssigkeit an Eiweiss zeigen die Untersuchungen ein stetiges Steigen der Menge desselben bis zur Mitte der Schwangerschaft. Am Ende derselben wurden nur geringe Spuren von Eiweiss gefunden. Als auffallende und bis jetzt noch nicht ganz erklärbare Thatsache führt Verf. an, dass bei den Fällen von Hydramnion, welche mit zur Untersuchung kamen, der Eiweissgehalt im Gegensatze zur Norm in der Zunahme gefunden wurde. — Die im Fruchtwasser enthaltenen Extraktivstoffe nehmen in gleichem Schritte mit der absoluten Menge der Flüssigkeit — also genau wie es beim Harnstoffe der Fall ist — zu. — Die Fette sind nur in kleiner Menge im Fruchtwasser gelöst zu finden; das darin vorkommende reine Fett stammt von der Vernix caseosa. Cholestearin konnte Verf. nur chemisch, nie mikroskopisch nachweisen. — Analog dem Verhalten des Harnstoffs zeigt sich auch bei den Salzen des Fruchtwassers ein prozentiges Ansteigen. Nur bei Hydramnion, wo die Harnstoffmenge die gleiche bleibt, vermindert sich der Salzgehalt. — Zum Schlusse erwähnt Verf. noch, dass bei den quantitativen Analysen bei Thieren ganz besonders Rücksicht auf die Art der Eihüllen

und der Placentar-Bildung genommen werden muss.

Die Anwendung des Chloroform kombinirt mit endermatischer Verabreichung von Morphium empfiehlt, ganz besonders gegenüber der von Hartwig gerühmten Kombination von Chloroform mit Chloralhydrat, Prof. Dr. König zu Göttingen. Er behauptet erstere Verabreichung längst vor Prof. Nussbaum's bezüglicher Mittheilung mindestens in mehreren Hunderten von Fällen bethätigt zu haben, sei es, dass er nach bestimmten Indikationen die Morphium-Injektion der Chloroformnarkose vorausschickte, oder sei es, dass er im Verlaufe der Chloroformnarkose noch eine Spritze Morphiumlösung geben liess, falls sich eine Indikation hiezu herausstellte. — Was zunächst die Dosirung des Morphiums betrifft, so wird es nach König selten nöthig, über zwei Centigrammen hinauszugehen; meist wird nur ein Centigramm von ihm verabreicht und nur in einzelnen Fällen bis zu drei gestiegen. — Die Indikationen, nach welchen auf König's Klinik das Morphium dem Chloroform hinzugefügt wird, sind doppelte: zunächst erhalten notorische Säufer in der Regel vor der Anwendung des Chloroform eine Spritze Morphiumlösung. Aber abgesehen von den notorischen Säufern zeigt doch auch noch eine ganze Anzahl von Individuen ähnliche Symptome bei Chloroform-Einathmung, welche darauf schliessen lassen, dass auch schon geringere Mengen von alkoholischen Getränken, wenn sie gewohnheitsgemäss genossen werden, eine ähnliche Reaktion gegen die Chloroformnarkose herbeiführen können. Prof. König lässt sich nicht darauf ein, hier zu begründen, warum er die spasmodischen Zustände wesentlich tonischer Art, den Opisthotonus u. s. w., ebenfalls in den meisten Fällen auf Rechnung eines leichten chronischen Alkoholismus bringt, sondern sagt, dass es genügt, wenn man die fraglichen, die Narkose erschwerenden Zufälle, falls sie nicht sehr rasch vorübergehender Natur sind, als Indikation für die Morphium-Anwendung gelten lässt. — Die zweite Indikation für die Morphiumspritze besteht nach Verf. in solchen Fällen, in welchen die vorzunehmende Operation der Art ist, dass sie, wenigstens bis zu ihrer Beendigung, eine reguläre Narkose nicht zulässt. Es handelt sich hier wesentlich um Operationen im Gesichte; Kiefer-Resektionen, falls sie nicht mit Tamponkanüle ausgeführt werden, plastische Operationen und Geschwulstexstirpationen aus den Weichtheilen des Gesichtes sind das Feld dieser Indikation. Der Zweck der Morphium-Injektion ist der, dass man über die Chloroformnarkose hinaus eine Analgesie durch das Morphium erzielen will. Man thut in diesen Fällen gut, etwas mehr Morphium zu geben, am besten so, dass man während der Operation der ersten mit 1—2 Centigrammen geladenen Spritze noch eine bis zwei nachschickt. Man erreicht mit diesem Verfahren nach Prof. König Ausgezeichnetes. Meist ist das Verhalten der Operirten so, dass sie zwar nicht ganz bewusstlos, sondern nur benommen bleiben, dass sie aber Gefühlseindrücke nur in sehr unvollkommener Weise aufnehmen. — Was nun die Lebensgefahr der Methode betrifft, so konstatirt Verf., dass er unter seinen sämmtlichen Narkosen — gegen 7000 — keinen Kranken verloren hat und somit auch keinen, dem vorher oder während der Dauer der Narkose Morphium injizirt worden war. Eine ganze Anzahl Narkotisirter, mit und ohne Morphium, haben aber allerdings schlimme Erscheinungen dargeboten, wobei er „Blau-" und „Blass-" werden noch nicht einmal zu den schlimmsten rechnet. Er empfiehlt daher die kombinirte Applikation von Morphium und Chloroform unter den angegebenen Indikationen auf das Angelegentlichste. (Centralblatt für Chirurgie, 1877, 39.)

W. Uhthoff, welcher unter Leyden's Anleitung arbeitete, suchte auf dem Wege multipler Embolisirung von Nierenarterien durch regulinisches Quecksilber embolische Nephritis herzustellen, welche sich von den beim Menschen vorkommenden Formen wesentlich durch die grosse Anzahl der verstopften Gefässe und die blande, nicht spezifische Wirkung der infarzirenden Masse auszeichnete. Er führte einen feinen elastischen Katheter von der Schenkelarterie aufwärts bis zum Abgange der Art. renales und entleerte hier das Quecksilber; er erhielt dabei Embolien im Magen (Ulcus simplex), Darme, Leber, Milz und mehrfach des Rückenmarks (Paraplegie), in drei Fällen jedoch ziemlich reine Niereninjektionen, welche genau klinisch und anatomisch untersucht wurden. Es waren dies ein Hund, welcher am 3., und ein Hund,

welcher am 17. Tage nach der Operation zu Grunde ging, sowie ein Kaninchen, das nach 5 Wochen getödtet wurde. Der Harn der Thiere hatte Blut, Cylinder, reichliche Epitelien, Lymphkörperchen, amorphe und krystallinische (Bilirubin) Blutfarbstoffe, reichlichen Gehalt an Eiweiss und Indikan, kurz, alle Erscheinungen dargeboten, wie sie den verschiedenen Phasen der Nephritis zukommen. Anatomisch fanden sich grosse Gefässbezirke der Rinde mit Quecksilberstreifchen erfüllt und ausgedehnt, die Venen jener Abschnitte strotzend bluthaltig, im Umfange vielfache Hämorrhagieen. Die nächste Umgebung des Embolus wies eine massenhafte Ansammlung von Rundzellen, körnigen Zerfall oder kolloide Umwandlung der Harnkanälchen auf. Später wurde hieraus ein kleiner Abszess, in dessen Mitte häufig das freie ausgelöste Quecksilbertröpfchen zu finden war. In der weiteren Peripherie trat narbige Schrumpfung ein. An den Glomerulis unterscheidet Uhthoff in den frischen Fällen 4 verschiedene Anomalieen: 1) Im Bereiche der Rundzellenherde einfache Blutleere durch Kompression, 2) starke Vergrösserung und glasige Quellung andererseits in den vom Embolus entfernteren Abschnitten, 3) kollaterale Hyperämieen und Extravasate in den Kapseln und endlich 4) die Anhäufung einer anscheinend exsudativen homogenen Masse zwischen Kapsel und Gefässschlingen. Der Ausgang aller dieser Veränderungen ist Verödung und Schrumpfung, wie denn das Endresultat auch der anderen entzündlichen Prozesse sich als Granular-Atrophie bei der 5 wöchentlichen Kaninchen-Niere darstellte. (Experimentelle Beiträge zur Nephritis. Inauguraldissertation, Berlin, 1877.)

Dr. Alois Epstein theilt im Oesterreichischen Jahrbuche für Pädiatrie, N. F. VII. 2, einen Fall von tödtlichen Blutungen aus der Schleimhaut der Lippen, des harten Gaumens, des Magens und Dünndarms bei einem 9 Tage alten hereditär-syphilitischen Knaben mit, welcher am 17. Lebenstage starb und dessen Leber bei der Sektion gleichmässig gelblich und mit Wucherung des interstitiellen Gewebes gefunden wurde. Hieran knüpft er Bemerkungen über 61 Fälle von Blutungen an verschiedenen Körpergegenden, welche unter 702 im Jahre 1875 in der Klinik der Prager Findelanstalt verpflegten Kindern beobachtet wurden. In diesen 61 Fällen trat nur 10 Mal Genesung ein. Vorzugsweise befallen zeigte sich das männliche Geschlecht. Am häufigsten fanden sich Blutungen aus der Nabelfalte (31), Mundschleimhaut (13), den Hautdecken (12) und dem Darme (10). Die übrigen Fälle vertheilen sich auf Magen, Harnwege, Nasenschleimhaut, weibliche Genitalien, Konjunktiva, Gehörorgan, Meningen und Peritonäum. Ist einmal eine Disposition zur Blutung vorhanden, so tritt sie zunächst an den durch ihre physiologische Zartheit oder durch pathologische Veränderungen vorbereiteten Körperstellen auf (Nabelwunde, Exfoliation der Haut und der Schleimhäute, vorhergegangener Magen- und Darmkatarrh etc.). Von den 61 Blutungen fallen 46 in die ersten 2 Lebenswochen. Nach Ablauf derselben schwindet die Disposition mehr und mehr, so dass auf den 2. Lebensmonat nur mehr 4 Fälle kommen und nur einer auf den 98. Lebenstag. Wie bereits v. Ritter bemerkt hat, kommen die meisten Fälle auf das erste Halbjahr, die wenigsten auf Juli und August. Das Mortalitätsprozent belief sich auf 82. In den wenigsten Fällen ist der Blutverlust die Todesursache, da er nur das Symptom einer schweren, gewöhnlich zum Tode führenden Erkrankung ist. Die Therapie hat daher besonders die Hebung des Kräftezustands anzustreben. Verf. hat jedoch auch Fälle beobachtet, in denen die Blutung selbst durch einen Eingriff gestillt wurde, und bestärken ihn dieselben in der Ansicht, dass die Bluterdisposition eine temporäre ist. Diese Disposition findet Verf. in einer septischen Krankheit beruhend, wie auch v. Ritter schon auf die genetische Verwandtschaft zwischen den Blutungen Neugeborener und der Gangrän hingewiesen hat. Das Eindringen der deletären Stoffe erfolgt nach Verf. nicht allein an der Nabelwunde sondern auch noch an Aknepusteln, Ekzemknötchen, Pemphigus, Intertrigo, Exkoriationen etc. Ebenso ist die Infektion des Kindes wahrscheinlich, wenn die Mutter noch vor dem Geburtsakte an Pyämie erkrankt war. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen der Fötus durch Vermittelung des mütterlichen Körpers erkrankt und letzterer ungeschädigt verbleibt (Klebs, Hecker und Buhl). Seit dem Neubau der Prager Gebäranstalt ist übrigens die Sepsis in einer geringern Zahl von Fällen und in weniger schrecklicher Form aufgetreten. — Nach dem Gesagten hält Verf. die Hämophilie für einen Folgezustand solcher allgemeiner Ernährungsstörungen, welche nebst einer abnormen Blutmischung auch eine mangelhafte Ernährung

und Resistenzfähigkeit der Gefässe vermuthen lassen (Septikämie, sekundäre Anämie, Syphilis, angeborene Schwäche oder erworbener Marasmus der jüngsten Kinder). Von den Müttern der betreffenden Kinder waren 8 an Puerperalprozessen, 2 an Syphilis, 1 an Laryngostenosis (syphilitica?), 1 an Typhus erkrankt; 1 litt an hochgradiger Anämie und 2 an Epilepsie; bei 12 Müttern konnte der Gesundheitszustand nicht eruirt werden. Bei den übrigen Müttern war keine wichtigere Erkrankung nachzuweisen. Anämie war ziemlich häufig vorhanden, es liess sich jedoch nicht ermitteln, ob dieselbe schon vor der Schwangerschaft bestanden, oder während derselben, oder erst nach der Geburt sich entwickelt hatte. Verf. glaubt, dass gewisse hereditäre Veranlassungen mit den Blutungen Neugeborener im Zusammenhange stehen und dass für solche der von Klebs für die mykotische Form gewählte Ausdruck: „Haemophilia acquisita recens natorum" nicht passen würde. —

Prof. Dohrn liefert im Archiv f. Gynäkologie X. 3 und XI. 3 einen höchst interessanten Beitrag zur Frage nach der Kontagiosität des Pemphigus acutus recens natorum, die in neuester Zeit mehrfach bezweifelt worden ist. Es handelt sich um eine Wiesbadener Hebamme, welche in ihrer Praxis fortwährend mit Pemphigus zu thun hatte, obschon sie bereits auf den Rath verschiedener Aerzte äusserste Reinlichkeit beobachtet und desinfizirende Waschungen, Wechsel der Kleidung, Besuch der gesunden Kinder vor den kranken, sorgfältige Messung des Badewassers mit dem Thermometer vorgenommen hatte. Trotzdem dass die Hebamme zwei Mal auf Verf. Rath die Praxis vollständig aufgab (erst am 13. Juli bis 13. August, dann vom 3. September bis 1. Oktober), erschienen, sobald sie die Praxis wieder aufnahm, stets neue Pemphigusfälle (im Ganzen 33—35 bei 80 in 79 Geburtsfällen geborenen Kindern) und zwar mit nicht wenigen Todesfällen (im Ganzen 9), so dass die Hebamme zum 3. Male (Ende Oktober) die Praxis aufgab und sich von Wiesbaden entfernte wie früher. Als sie am 23. November nach gründlicher Lüftung und Schwefelung ihrer Wohnung die Praxis wieder aufgenommen hatte, erkrankten von den nächsten 14 unter ihrer Pflege geborenen Kindern 12 an Pemphigus, von denen keines starb; die beiden übrigen blieben gesund. Nun liess sie Verf. in die Marburger Klinik kommen, in welcher seit Jahresfrist keine Pemphigusfälle vorgekommen waren. Auch hier erkrankten 3 von der Hebamme gepflegte Kinder an Pemphigusausschlägen, während die von ihr nur sehr kurze Zeit oder gar nicht gepflegten Kinder verschont blieben. An einem dieser Kinder wurde der Inhalt einer Blase an der Brust auf den rechten Arm desselben überimpft, worauf sich nach 2 Tagen gleiche Blasen daselbst gebildet hatten. Um die Möglichkeit einer Ansteckung durch die Hand der Hebamme zu ermitteln, liess Verf. die Hand derselben in einer kleinen Schale eine Stund lang baden und impfte dann mit dem Handbadwasser, aber ohne jeglichen Erfolg. Dagegen kam Verf. zu der Ueberzeugung, dass die Hebamme, die viel zu thun hatte, bei Besorgung der Neugeborenen Manipulationen ausführte, durch welche sie schneller zum Ziele kam, und so wurden die Körpertheile der Kinder, die ihren raschen Handgriffen besonders ausgesetzt waren, zum Ausgangspunkte des Blasenausschlages (Kopf, Nacken, Hüfte, Gegend der Nabelbinde). Als Analogie führt Verf. die Eruption einzelner Blasen an in Folge rein mechanischen Reizes bei Zangenapplikation, oder bei kräftigerer Untersuchung des vorliegenden Theiles der Frucht. Andererseits kommen auch häufig nur kleine Abszesse, Blasenausschläge zur Ausbildung. Verf. schliesst daher, dass wir in dem sog. Pemphigus acutus recens natorum keine spezifische Krankheit, sondern nur die Folge der Einwirkung mechanischer, chemischer oder wohl auch thermischer Reize auf die reizbare Haut der Neugeborenen zu sehen haben. Seit die fragliche Hebamme ihre Manipulationen ruhiger und sanfter ausführt, hat sie noch keine Pemphigusfälle wieder erlebt. (Dass die thermischen Reize nicht an letzte Stelle gehören, beweist wohl zur Genüge der vom Verf. angeführte Sektionsbericht, welcher dahin lautet, die Leiche habe scheusslich ausgesehen, fast der ganze Körper sei mit einer breiigen Kruste bedeckt gewesen. Dies kann durch kräftige Manipulationen wohl kaum herbeigeführt worden sein. Ref. möchte überhaupt diesen Fall gar nicht zu den reinen Pemphigusfällen rechnen, vielmehr zu den Verbrühungen durch zu warmes Badewasser. Dadurch erklärt sich auch sehr leicht das Erkranken des ersten Zwillingskindes, während das zweite gesund blieb, da es (nach dem ersten) jedenfalls in demselben Badewasser gebadet wurde.) —

Untersuchungen über das Resorptionsvermögen der menschlichen Haut veröffentlicht Dr. R. Fleischer in einer Habilitationsschrift, Erlangen, 1877. Seine Untersuchungen betreffen 1) die Aufnahme von Wasser durch die lebende Haut und wurden theils an einem Arme angestellt mit Hilfe des Mosso'schen Plethysmographen, theils an beschränkteren Hautstellen, auf welchen eine mit Wasser gefüllte Glasglocke luftdicht aufgesetzt wurde. Die Füllung der Glasglocken im letzteren geschah unter ziemlich starkem Drucke (von einem höher stehenden Reservoir). Der Plethysmograph sowohl wie die Glasglocke waren mit einem sehr dünnen, graduirten Steigrohre versehen, welches eine etwaige Abnahme des Wassers durch Resorption mit grosser Schärfe anzeigen musste. Eine solche trat aber, wenn die Verdunstung oder die durch Temperaturschwankungen verursachten Volumsänderungen des Wassers vermieden wurden, auch bei mehrstündiger Dauer der Versuche niemals ein. 2) Auch Alkohol wurde aus der aufgebundenen Glasglocke nicht aufgenommen. Sein Volumen änderte sich (durch Verdunstung) in dieser genau so, wie in einer Kontrolglocke, welche von der Haut durch eine Gummimembran getrennt war. Chloroform in gleicher Weise auf die Haut gebracht rief schon nach 3 Minuten unerträgliches Brennen und Exkoriation mit nachfolgender oberflächlicher Abschuppung hervor, so dass seine Aufnahme von der nicht mehr intakten Haut aus wohl anzunehmen ist. 3) Versuche, bei denen der Arm sich 3—4 Stunden in einer Lösung (1,2—1,3 pCt.) von Jodkalium oder Natronsalicylat oder indigschwefelsaurem Natron befand, sprachen auch nicht für eine Resorption. Die genannten Stoffe konnten in dem bis 36 Stunden später entleerten Urine nicht gefunden werden. In gleichem Sinne fielen Versuche mit beschränkten Hautstellen aus, wenn die Möglichkeit der Aufnahme auf anderen Wegen, als durch die unverletzte Haut streng ausgeschlossen war. 4) Auch bei unter gleichen Vorsichtsmassregeln gemachten Einreibungen von Salben aus Jodkalium, Veratrin, Chinin und Morphium liess sich niemals ein Uebergang dieser Stoffe in den Harn nachweisen. Dagegen liess sich Salicylsäure, wenn sie oder ihr Natronsalz in Salbenform eingerieben worden war, bei mehreren Versuchen im Harn nachweisen, bei anderen dagegen nicht. Ob diese Aufnahme in jenen Fällen in der That nur von der Haut aus stattgefunden hat, lässt F. desswegen zweifelhaft. 5) Nach Einreibung von grauer Salbe oder ölsaurem Quecksilberoxyde gelang es weder bei Menschen noch Thieren, auch bei der genauesten, mikroskopischen Untersuchung nicht, Quecksilber weiter als in den oberflächlichsten Epidermis-Schichten nachzuweisen. Dagegen wurde nach dem Einreiben von etwa 1,5 Grm. ölsaurem Quecksilberoxyde in den Arm und darauffolgendem 60stündigem Verbande bei sorgfältigem Abschlusse etwaiger Quecksilberdämpfe von Mund und Nase im Urine Quecksilber gefunden. — Dass die todte Haut durchgängiger ist für verschiedene Flüssigkeiten als die lebende, fand auch F. gleich früheren Beobachtern. (Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften 1877, 27. Okt.)

Prof. Dr. Horner zu Zürich bespricht in einem Vortrage, gehalten vor der ärztlichen Gesellschaft dortselbst, die Indikationen und Kontraindikationen von Atropin und Kalabar in der Augenheilkunde. Er empfiehlt ersteres als Narkotikum 1) gegen Schmerzen, welche durch Verletzung von subepitelialen Trigeminus-Endigungen erregt werden, also nach Entfernung von Fremdkörpern, bei Pusteln und oberflächlichen Traumen der Hornhaut; 2) gegen Reflexkrämpfe, welche, veranlasst durch Verletzung der Trigeminus-Enden, auf den Facialis übertragen werden, bei Blepharospasmus und Photophobie. — Als Mydriaticum wird das Atropin zu diagnostischen Zwecken angewendet, um Veränderungen des Augenhintergrundes, der Linse und der Regenbogenhaut festzustellen, therapeutisch, um Iritis zu heilen und zu verhüten. Die akkommodationslähmende Wirkung des Atropins findet ihre Indikation zuweilen bei genauer Feststellung der Refraktion, bei Akkommodationskrampf und zur Heilung gewisser Formen progressiver Myopie bei Kindern. Niemals darf das Atropin bei Glaukom verordnet werden und nur mit grosser Vorsicht bei Neigung zu Atropin-Konjunktivitis, bei starker Injektion der Bindehaut und gewissen cyklitischen Vorgängen. — Kalabar, das eine myotische Wirkung besitzt, verordne man in Form von Eserin oder Physostigmin (0,05 : 10) bei natürlicher oder künstlicher Mydriasis, vor der Glaukom-Iridektomie, bei grösseren Hornhautgeschwüren und Iris-Vorfällen, behufs Herausziehen der Iris; ferner bei Akkommodations-

lähmungen und jenen Formen von Glaukom, bei welchen nach erfolgter Iridektomie der intraokulare Druck nicht herabgesetzt ist. (Korrespondenzblatt Schweizer Aerzte, 1877, 17.)

Prof. Austin Flint macht auf die funktionellen Störungen des Herzens, welche sich durch Verlangsamung des Pulses charakterisiren, aufmerksam. Wie bei manchen Individuen ein abnorm schneller Puls ohne sonstige Krankheitssymptome beobachtet wird, so kommt auch in seltenen Fällen eine Pulsverlangsamung vor, die bei Abwesenheit aller sonstigen Symptome von Seiten des Herzens als funktionelle Störung desselben aus vorläufig unbekannten Gründen aufgefasst werden muss. Verf. führt einen Fall von Thornton und 5 eigene Beobachtungen an. Von diesen 6 Patienten waren 4 Männer und 2 Weiber. Bei allen war es ein vorübergehender Zustand, der allerdings bisweilen recht lange anhielt. In dem schwersten Falle war nur eine Pulsfrequenz von 16 in der Minute vorhanden. Die übrigen Symptome bestanden hauptsächlich in Mattigkeit und Beklemmung. Für den Zusammenhang mit cerebralen Störungen sprechen gleichzeitige Epilepsie und Delirien in je 2 Fällen. In einem 5. Falle bestanden grosse geistige und körperliche Abgeschlagenheit und gastrische Störungen, die cerebralen Ursprungs zu sein schienen. Nur in 1 Falle fehlte jede cerebrale Störung. In dem Falle von Thornton war eine konstatirte Syphilis vielleicht die Ursache, in dem ersten des Vf. ging ein heftiger Hustenanfall mit Glottiskrampf vorher, der 2. Fall betraf einen Rekonvalescenten von Pneumonie, im 3. war Einwirkung von Kälte und Anstrengung, im 4. Malariafieber und im 5. wahrscheinlich eine Indigestion als ursächliches Moment zu betrachten. (Schmidt's Jahrb., 1877, 8.)

H. Munk hat bei seinen Exstirpationsversuchen an der Konvexität der Grosshirnrinde bei Hunden gefunden, dass der Grosshirnrindenabschnitt eine vordere, rein motorische und eine hintere, rein sensorielle Sphäre enthält, deren Gränze etwa durch eine Linie gegeben ist, welche man vom Endpunkte der Fissura Sylvii vertikal gegen die Falx gezogen denkt. Im Bereiche der sensoriellen Sphäre wird regelmässig Seelenblindheit erzeugt, wenn die Exstirpation den Hinterhauptslappen nahe seiner hinteren und oberen Spitze trifft, Seelentaubheit, wenn die Exstirpation den Schläfenlappen nahe seiner unteren Spitze angreift. Die Störungen schwanden innerhalb 4—6 Wochen vollständig. Um den völligen Ausfall der Gesichts- oder Gehörs-Empfindungen auf die Ausbildung der Grosshirnrinde zu studiren, wurde mit Hunden desselben Wurfes so verfahren, dass am 4.—6. Tage nach der Geburt einem Drittheile das Auge und einem zweiten Dritttheile das Ohr theils ein- theils beiderseitig zerstört wurde, während das letzte Dritttheil unversehrt blieb. Bei der Tödtung nach 8—14 Tagen lehrte die Sektion, dass bei den geblendeten Hunden der früher als Sehsphäre erkannte Hinterhauptslappen, bei den tauben der früher als Hörsphäre erkannte Schläfenlappen des Grosshirns in der Ausbildung gegen die Norm zurückstand, dafür war bei den blinden Hunden der Schläfenlappen und bei den tauben der Hinterhauptslappen über die Norm ausgebildet. (Berliner klinische Wochenschrift, 27. Aug. 1877.)

Dr. R. Thoma machte an ausgeschnittenen gesunden und kranken Nieren Durchströmungsversuche, zu welchen er meistentheils Leimlösungen, welche auf 100 CC. Flüssigkeit 0,8 Gr. Leim und 0,75 Gr. Kochsalz enthielten, verwendete; aus den Ausströmungsvolumina in einer gegebenen Zeiteinheit und aus dem Querschnitte der Arterien berechnete er die mittlere Stromgeschwindigkeit und fand bei seinen mit grosser Sorgfalt ausgeführten Versuchen, dass bei chronischer interstitieller Nephritis die Durchflussmenge und Stromgeschwindigkeit in den Arterien und Arterienzweigen der Niere erheblich vermindert, der Druck dagegen erhöht ist, was mit den klinischen Voraussetzungen vollständig übereinstimmt. Der Grund für diese Cirkulationsstörung liegt in der beträchtlichen Verkleinerung der Kapillarbahn und in der pathologisch erhöhten Durchlässigkeit der Wandungen der kleinsten Gefässe. Ausserdem fand sich, dass der Querschnitt der Nierenarterie im Verlaufe des Wachsthums relativ weiter wird im Vergleiche zu dem Gewichte der Niere, dass ferner auch die Stromwiderstände in der erwachsenen Niere relativ geringer und desshalb vermuthlich auch die in der Zeiteinheit durch die Niere strömenden Blutvolumina relativ grösser sind. (Virchow's Archiv 71. Band.)

Bei Chlorose sowie bei Chorea und verschiedenen fieberhaften Erkrankungen hört man oft ein systolisches dynamisches Geräusch an der Herzspitze, welches durch die relative Insufficienz der Bicuspidalklappe in Folge von Schwäche der Herzmuskulatur bedingt ist. Aus dieser Annahme, dass nämlich das Geräusch durch Dilatation des Ventrikels bedingt werde, lässt sich erklären, warum dasselbe, nachdem es zuerst an der Herzbasis intensiver war, später an der Herzspitze deutlicher gehört wird. Für den Fall, wo das Geräusch mit der grössten Intensität an der Herzbasis gehört wird, schliesst sich G. W. Balfour der Ansicht Naunyn's über die Ursache des Intensitätsmaximums eines systolischen Geräusches an der Herzbasis bei Insufficienz der Bicuspidalklappe an; im Beginne sind die Vibrationen zu schwach, um auf die Muskulatur des linken Ventrikels übertragen zu werden, sie werden jedoch mit dem Blutstrome mit Leichtigkeit in den linken Vorhof und in das linke Herzohr fortgetragen; letzteres ist manchmal als ein pulsirender Tumor zwischen der 2. und 3. Rippe sichtbar; später, wenn es zur Hypertrophie des linken Ventrikels kommt, wodurch eine bessere Schallleitung möglich ist, wird das Geräusch an der Herzspitze deutlicher. (The Lancet, 15. Sept. 1877.)

Justi hat vier Fälle von primärem Retropharyngealabszess bei Kindern von 6, 7, 9 und 11 Monaten beobachtet. Die wichtigsten jedes Mal von ihm beobachteten Symptome waren erschwertes Schlingen, Athemnoth, häufiges Absetzen beim Trinken, klanglose Stimme, Schwellung der seitlichen Halsgegend, Ansammlung zähen, schaumigen Schleimes im Munde. Bei diesem Symptomenkomplex soll man stets an das Vorhandensein eines retropharyngealen Abszesses denken, die Digitaluntersuchung eventuell die Exploralivpunktion machen. — In dem ersten Falle, den Verf. sah, machte er die Diagnose nicht, es wurde wegen der Athemnoth die Tracheotomie begonnen, aber das Kind erstickte noch vor Eröffnung der Trachea. Bei der Sektion wurde ein kolossaler Retropharyngealabszess gefunden. In den 3 anderen Fällen machte Justi die Diagnose bei Zeiten und erzielte Heilung; er eröffnete stets den Abszess möglichst tief unten mit einem Messer, welches einem Spatel ähnlich geformt, nach der Fläche gekrümmt und nur an dem abgerundeten Ende scharf ist, bei vorgeneigtem Kopfe des Kindes. (Wien. med. Wochenschrift, 1877, 27. Oktober.)

Während früher bei der elektrolytischen Behandlung der Geschwülste eine allmählige Rückbildung der Tumoren erwartet und öfter auch beschrieben wurde, kommt Neftel, von dem wir schon eine ausführliche Mittheilung über diesen Gegenstand besitzen, jetzt zu der Ueberzeugung, „dass man bei weitem die günstigsten Resultate erhält, wenn man eine solche elektrolytische Methode anwendet, mittelst deren man in einer Sitzung nicht nur die Geschwulst, sondern auch das umgebende Bindegewebe nekrotisch zerstört". Er räth so zu operiren, dass man in der Narkose in die Mitte des Tumors bis zu dessen Basis eine Platinnadel (Anode) einstösst und hierauf die Peripherie des Tumors durch mehrere im Gesunden eingestochene Kathoden-Nadeln umschreibt; man lässt hierauf durch 5—10 Minuten einen elektrischen Strom einwirken, den man rasch bis zu grosser Stärke (bis zu 60 Siemens'schen Elem.) steigert. Nach und nach gibt man den Kathodennadeln andere Plätze, bis die ganze Umgebung des Tumors, Ränder und Basis, verschorft ist. Verf. räth, die Behandlung mit schwachen elektrischen Strömen dann noch durch einige Monate fortzusetzen. — Auf diese Art wird der Unterschied zwischen elektrolytischer Behandlung und den sonst üblichen Methoden der Operation von Geschwülsten (Aetzung, Exstirpation) immer geringer und die sonst gerühmten Vortheile der Methode reduziren sich auf ein bescheidenes Maass. (Virchow's Archiv, 70. Bd.)

Nach Dr. Galezowski ist die Temperatur des Auges niedriger als die der Achselhöhle: variirt zwischen 36,5—36,7. Bei entzündlichen Affektionen steigt sie um 2—3 Grade. Die Untersuchung der allgemeinen Körpertemperatur ist bei Augenkrankheiten sehr wichtig; man erkennt durch dieselbe, ob die Erkrankung des Auges von einer allgemeinen Ursache abhängt. Die Bekämpfung derselben wird dann Heilung erzielen in Fällen, bei welchen die lokale Behandlung keinen Erfolg hatte. (Gaz. médic. de Paris, 1877, 1. Septbr.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 47. *Erlangen*, am 24. November 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Scharlach. Resultate aus Augenspiegel-Studien bei Geisteskranken. Zur Aetiologie der Psoriasis vulgaris. Exstirpation normaler Eierstöcke. Die Fluorescenz der Netzhaut im lebenden Auge. Ueber Fermentation und Putrefaktion. Zur Lehre von der Tuberkulose.

Unter den zahlreichen Arbeiten, welche in jüngster Zeit zur Pathologie des Scharlachs erschienen sind, heben wir als besonders erwähnenswerth die von John Harley in den Medic.-chirurg. Transactions, 50. Bd. S. 103 ff., hervor. Nach den Ergebnissen von 28 von ihm mitgetheilten Leichenöffnungen gelangt derselbe zu den folgenden Sätzen: 1) Die gewöhnlichste Todesursache in frühen Tagen einer Scharlach-Erkrankung ist Blutgerinnung im Herzen und in den grossen Gefässen. Das Symptom dieses Vorganges während des Lebens ist die plötzliche Vermehrung der Pulszahl von 120 Schlägen auf 150—160. Dabei soll der Puls elend und kaum wahrnehmbar werden, während er vordem voll und kräftig gewesen. Die Kranken werden orthopnoëtisch und deliriren. Die Leichenöffnung ergibt durchgehends eine Erweiterung des rechten Herzventrikels, der zum Theile mit dunklem flüssigem Blute, zum Theile mit einem grossen, festen und gespaltenen Gerinnsel gefüllt ist, welches die Atrioventrikularöffnungen erfüllt und sich an den Sehnenfäden der Herzmuskeln innig angesetzt hat. Dieses Gerinnsel dehnt sich einerseits nach der Pulmonararterie und anderseits nach der Hohlvene hin aus und setzt sich sogar bis zum Gehirne und weithin in die Lungen fort. Der linke Herzventrikel ist leer und fest zusammengezogen. In einem Falle waren sogar in beiden Ventrikeln Gerinnungen nachweisbar, welche sich in die Brachio-Cephalzweige der Aorta und in die Lungenvenen erstreckten. 2) Die Funktion der Leber ist gestört. Fünf Mal war das Gallensekret normal, 15 Mal erheblich verändert. Zwei Mal fand sich eine entschiedene Entzündung der Gallenblase, wobei ein Mal das Gallensekret vollständig fehlte. Dreizehn Mal war die Galle von geringem spezif. Gewichte (1014) und so arm an festen Bestandtheilen, dass dieselben nicht den dritten Theil des normalen Gehaltes ausmachten, vorzugsweise fehlten die Gallensäuren; auch der Darminhalt war nur von einer blassen Ocker- oder Schwefelfarbe. 3) Ganz allgemein fand sich eine Entzündung der Lymphdrüsen; Tonsillen und Zungendrüsen waren in jedem Falle erkrankt. 4) Die Milz war 23 Mal geschwollen und wog 5 Mal 10—12 Unzen (300—360 Grm.); bei jungen Kindern war ihre Konsistenz fest, bei Erwachsenen wechselweise fest oder weich. 5) Die Mesenterialdrüsen waren stets und zwar stark entzündet. 6) Die Solitardrüsen des Ileum boten das Bild der „Psorenterie“ dar, indem sie weisse, körnige oder flächenhafte feste Erhebungen darstellten; 3 Mal waren die Schwellungen nur gering, 4 Mal fehlten sie ganz; in den letzten Fällen erfolgte der Tod am 15., 24., 25., 33 Tage. Im Dickdarme hatte derselbe Befund an den Drüsen in 8 Fällen Statt, 1 Mal fand sich eine Desquamation der ganzen Dickdarmschleimhaut; in der Hälfte der Fälle war indessen der Dickdarm nicht verändert. 7) Die agminirten (Peyer'schen) Drüsen waren in allen Fällen mehr oder weniger geschwollen und ent-

zündet, mit einer einzigen Ausnahme (Tod am 33. Tage), und zwar war der entzündliche Prozess zumeist sehr heftig. Sie erhoben sich nahezu $^1/_8$ Zoll über die Schleimhaut des Darmes, waren dunkelroth injizirt und hoben sich lebhaft von der sonst blassen Schleimhaut ab; ganz besonders bot das untere Drittel des Ileum diese Veränderungen dar, doch kamen auch Fälle vor, in welchen das ganze Ileum befallen war. Mitunter fanden sich blutunterlaufene Plaques, aufgelockert und erodirt. In einzelnen Fällen war die Schleimhaut des Ileum mit einer dicken, weissen, klebrigen Schleimschichte überzogen. — Auf Grund aller dieser Befunde gibt Harley dem Scharlach den Namen „Febris lymphatica“ und bringt dieselbe in Zusammenhang mit dem „enterischen Fieber“, da der Befund genau demjenigen entspricht, welchen man im Anfange des enterischen Fiebers findet. Er sucht diesen Zusammenhang durch weitere kasuistische Mittheilungen noch fester zu begründen. Den Schluss des Ganzen bildet der Hinweis, dass man die kontagiösen enterischen Fieber als Abdominal-Scarlatina bezeichnen könne, dass die enterischen Fieber (Abdominaltyphus) kein spezifisches Kontagium haben, sondern jeden beliebigen einfachen oder spezifischen Prozess von entzündlichem Charakter begleiten können. Augenscheinlich ist diese Schlussfolge aus dieser sonst gewiss verdienstvollen Arbeit sowohl für die Pathologie des Scharlach als auch für diejenige des Abdominaltyphus verhängnissvoll, weil sie beide Prozesse in einen völlig unberechtigten Zusammenhang bringt und nutzloser Weise die Begriffe verwirrt. Fest steht nur aus dem Ganzen der allerdings ziemlich konstante und von Harley vortrefflich geschilderte Befund der Veränderungen am gesammten Lymphgefässsysteme und insbesondere am Darmdrüsensysteme; auffallend ist, dass Harley den so überaus wichtigen Veränderungen der Nieren so geringe Aufmerksamkeit geschenkt hat. Seine Mittheilungen finden eine theilweise Bestätigung in dem Sektionsbefunde bei 2 am 4. und 3. Krankheitstage an Scharlach verstorbenen 12 und 7 Jahre alten Knaben, welcher von A. W. Foot mitgetheilt worden ist. Auch hier fanden sich erhebliche Schwellungen der solitären Follikel des Dünndarms, Schwellungen der Intestinaldrüsen und der agminirten Drüsen (Peyer'schen Plaques). Merkwürdig war in beiden Fällen die geringe Veränderung der Nieren. Das Gehirn des einen Knaben, welcher unter Konvulsionen gestorben war, zeigte sich anämisch und weder an den Häuten noch in der Gehirnsubstanz irgend welche entzündliche Veränderung. Nach alledem erklärt sich auch Foot für geneigt, den Namen Febris lymphatica nach Harley für den Scharlach zu acceptiren. Thomas gesteht eine gewisse Aehnlichkeit des anatomischen Befundes in den Unterleibsorganen von an Scharlach und an Abdominaltyphus Verstorbenen zu, er behauptet indessen, und gewiss mit Recht, dass bei Scharlach niemals ausgedehnte Ulzeration des Darms vorkommt wie beim Typhus, ja dass der Befund an der Darmschleimhaut durchaus nichts Regelmässiges oder Charakteristisches darbietet; Schwellungen der Peyer'schen Plaques und solitaren Follikel erkennt auch er als häufig vorkommend an. Was die Gesammtauffassung des skarlatinösen Krankheitsprozesses betrifft, so kann es gar keinem Zweifel unterliegen, dass die Deutung der Krankheit als eines wesentlichen, im Lymphgefässsysteme verlaufenden Vorganges ausserordentlich viel für sich hat. Sieht man ab von jenen früh und rapid tödtenden Fällen, welche gänzlich das Bild einer akuten Intoxikation mittelst eines vehement wirkenden Giftes darstellten und für welche die Annahme des Eintrittes des Giftes in den Blutstrom eben so viel Wahrscheinlichkeit hat, wie diejenige der Einwanderung desselben in den Lymphstrom (augenscheinlich werden beide Gewebsflüssigkeiten gleichzeitig damit behaftet sein), so lehrt der ganze weitere Verlauf der Krankheit, dass das Lymphgefässsystem diejenige Stätte ist, an welcher das Virus zur Wirkung kommt. Daher die frühzeitige Schwellung der submaxillaren Drüsen, die Vereiterung des Unterhautzellgewebes, die entzündliche Reizung der Gelenke, des Nierenparenchyms, der Darmdrüsen u. s. w.; daher auch die Multiplizität und das Variable der pathologischen Lokalisationen, welche den Kranken nicht eher zur Ruhe kommen lassen, als bis das Gift mittelst der Desquamation aus dem Körper eliminirt worden ist. Die mehrfach gemachte Beobachtung, dass während einer grösseren Scharlach-Epidemie eine Reihe von Kindern, ohne dass Scharlach zum Ausbruche kam, an entzündlichen Schwellungen der submaxillaren Lymphdrüsen erkrankten, welche entweder in Eiterung übergingen oder auch in Zertheilung endeten — Fälle, welche augenscheinlich dem herrschenden Genius ihre Entstehung verdankten, führte Referenten unwillkürlich zu der Annahme,

dass eine besondere Beziehung des Scharlach-Virus zum Lymphgefässsystem bestehen müsse. In diesem Sinne vermag er den Ausführungen von Harley bis auf den Punkt, wo Letzterer den Abdominaltyphus mit Scharlach zu vermischen beginnt, worin er unbedingt irrt, beizustimmen. Auch sind die von E. Wagner in der Leber und der Milz nachgewiesenen Lymphombildungen charakteristisch für die Richtigkeit dieser Deutung, ebenso Fälle, wie der von George H. Savage (The Lancet II. 26. Dez. 1874) mitgetheilte, in welchem nach stattgehabter Abschuppung Vereiterungen der Axillardrüsen vorkamen. Hat diese Betrachtungsweise immerhin nur theoretischen Werth, so dient sie doch dazu, die Eigenartigkeit des skalatinösen Prozesses zu verdeutlichen. Es gibt keine einzige Krankheit, die Diphtherie etwa ausgenommen, welche so deutliche Beziehungen zum gesammten Lymphgefässsysteme erkennen lässt. Erwähnt sei noch an dieser Stelle, dass Léon Blondeau (Arch. gén. 6. Sér. XVI, Sept. 1870), gestützt auf einige Beobachtungen, eine, wie uns scheinen will, unberechtigte Analogie zwischen dem akuten Gelenkrheumatismus und dem Scharlach gefunden haben will. —

In dem jüngst von Prof. Dr. Leidesdorf zu Wien veröffentlichten „psychiatrischen Studien" finden sich auch Augenspiegel-Studien bei Geisteskranken aufgenommen von Dr. S. Klein. Nachdem derselbe die bisherigen Angaben über den ophthalmoskopischen Befund bei Geisteskranken einer sehr eingehenden Kritik unterworfen, die Fehlerquellen, welche insbesondere bei der Beobachtung im umgekehrten Bilde zu falschen Schlüssen führen, erörtert und die vagen Bezeichnungen der Hyperämie, des Oedems, der Papilla u. s. w. in das rechte Licht gestellt hat, gibt er einen sehr eingehenden Bericht über seine eigenen mit grösster Sorgfalt und Berücksichtigung aller Schwierigkeiten angestellten Untersuchungen an 134 Geisteskranken. Zuvörderst geht aus denselben hervor, dass entzündliche Veränderungen in der Netzhaut und im Sehnerven viel seltener vorkommen, als die Autoren angeben. Zweifellose Retinitis wurde nur 6 Mal, Stauungspapille nur 1 Mal, Atrophie des Nerven nur 6 Mal, blaue Verfärbung des Nerven 8 Mal vorgefunden. In etwa $^1/_3$ der Fälle war überhaupt eine Anomalie des Augenhintergrundes nicht zu erkennen; 58 Kranke zeigten allerdings (die eben genannten, mit entzündlichen oder atrophischen Symptomen im Gebiete der Netzhaut und des Sehnerven abgerechnet) einen anomalen Augenhintergrund, doch war das Bild desselben nicht in den Rahmen der schulgemässen Definitionen hineinzubringen. Die Anomalie kennzeichnet sich auf zweierlei Weise: 1) Der Befund ist ähnlich wie in den Augen alter Leute. Die ganze Netzhaut sieht trübe aus, aber ohne dass sie grau geworden ist oder geröthete Stellen zeigt. Vor der Papilla scheint ein Schleier zu liegen. 2) Es ist eine Gefäss-Erkrankung vorhanden. Man sieht an dem einen oder an dem anderen Gefässe, nachdem es scheinbar normal die Papilla verlassen hat und ein Stück auf der Netzhaut verlaufen ist, plötzlich eine breitere Stelle mit braunen Konturen; dabei aber ist das Gefäss wie plattgedrückt und die Blutsäule in demselben ist unverändert. Eine solche Verbreiterung wiederholt sich an demselben 1—2, auch 3 Mal, die Länge des breiteren Stückes beträgt 1—2 Papillendurchmesser. Diese Anomalie ist fast immer an beiden Augen und meist nur an den Arterien zu beobachten. Da Verf. diesen Befund insbesondere bei Paralytikern vorfand, so glaubt er vorläufig, wiewohl von einem entzündlichen Vorgange im gewöhnlichen Sinne hier nicht die Rede sein kann, den Namen „Retinitis paralytica" vorschlagen zu können. Ueberhaupt scheint vorwiegend in den Fällen, in welchen die Form der Geistesstörung auf eine tiefe Veränderung der Hirnrinde deutet, auch ein positiver Befund im Augenhintergrunde in dem hier nur kurz anzudeutenden Bilde vorhanden zu sein. Hingegen ist in solchen Formen, welche offenbar mit einer Kongestion innerhalb der Schädelhöhle einhergehen, gerade von einer Aenderung der Cirkulation im Augengrunde am wenigsten zu finden. Nur beim akuten Alkoholismus ist der Fundus oculi so geröthet wie die Bindehaut des Augapfels. Dass bei Epileptikern besondere Pulsphänomene beobachtet werden, ist schon von Anderen als eine Täuschung erklärt worden. Etwas Pathognomonisches konnte Verf. nicht für diese Krankheit finden; im Anfalle selbst konnte die Untersuchung nur ein Mal vorgenommen werden, wobei sich Ischämie der Netzhaut ergab, wie man sie künstlich durch Fingerdruck erzeugt. Verf. lässt dahingestellt, ob ein stärkerer Reflex der Centralgefässe wirklich eine Folge der bei Epileptikern gestörten Ernährung des Blutes ist, doch vermisste er

denselben fast niemals. Auf die weiteren sehr ausführlichen kasuistischen Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Jedenfalls sind diese Untersuchungen als ein sehr schätzbarer Beitrag zu betrachten, gerade desshalb, weil er eine Menge Illusionen zerstört, welche in dem Ideale einer „Cerebroskopie" gipfelten, und ferner, weil er eine sehr strenge Methodik verlangt, ehe überhaupt ein Urtheil abgegeben werden kann.

Im Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1876, 3, veröffentlicht Dr. Wutzdorff zu Berlin „Beiträge zur Aetiologie der Psoriasis vulgaris". Nachdem er die alten, längst aufgegebenen Anschauungen über die Aetiologie dieses Hautleidens berührt und sich im Besonderen nochmals gegen die theilweise noch vertretene Ansicht von der dyskratischen Natur des Leidens gewendet hat, bespricht er eingehend die hereditären Verhältnisse, die in der That als das einzige feststehende ätiologische Moment zu betrachten sind. Die Haut der Psoriatischen ist so eigenthümlich angelegt, dass sie auf äussere Reize hin mit jenen für die Psoriasis eigenthümlichen Efflorescenzen reagirt, auf Reize hin, die in gleicher Stärke für die Haut anderer Individuen ohne Effekt bleiben oder höchstens eine ganz andersartige Dermatose hervorrufen würden. Im 4. Heft des Archivs für Dermatologie glaubt Köbner die Priorität dieser Beobachtung gegen Wutzdorff vertheidigen zu müssen, indessen Wutzdorff führt in völlig genügendem Maasse den 1872 in der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur von Köbner über diesen Punkt gehaltenen Vortrag an und die Abhandlung Wutzdorff's behauptet durchaus nicht, etwas Neues zu sagen, wie Köbner meint, sondern stellt sich nur die höchst dankenswerthe Aufgabe, die seitdem gewonnenen Erfahrungen in erschöpfender Weise zur Darstellung zu bringen. Köbner beobachtete einen Fall, wo 5—6 Jahre nach dem Auftreten einer isolirten Plaque verschiedene traumatische Einwirkungen an ganz entlegenen Körpertheilen (Exkoriationen durch Reiten, Suppuration einer konsensuellen Lymphadenitis, Pferdebiss und zuletzt Tättowiren) Ausbrüche der Psoriasis zunächst an und in der Form der verletzten Hautstellen zur Folge hatten. O. Simon beobachtete ein Mal nach einem Nadelritze, ein anderes Mal nach einer Verbrennung, genau entsprechende Psoriasiseruptionen. Auch Neumann berichtet ähnliche Fälle nach Sinapismen, Blasenpflastern, ja nach Kratzen bei vorhandenen Pediculis. Verf. beobachtete 5 Fälle: beim ersten gab eine mit einem Federmesser gemachte Exkoriation, beim zweiten ein mit Cali causticum gemachter Aetzfleck, beim dritten Revaccinationsstiche, beim vierten eine mit Jodtinktur bepinselte Stelle den Ausgangspunkt; beim fünften endlich entstand in Folge starken Schwitzens eine ausgebreitete Psoriasis punctata. Dass die Psoriasis vulgaris stets die Streckseiten, die Psoriasis specifica stets die Beugeseiten einnehme, bestreitet Verf. mit Recht; es wird eben so oft gerade umgekehrt gefunden. Die Vorliebe für die Streckseite im Allgemeinen sei aus der für alle möglichen Traumen exponirten Lage zu erklären. Weitere Prädilektionsstellen sind: einander reibende Hautstellen (Skrotum und Schenkel, Achsel), oder Hautstellen, die von engen Kleidern gerieben werden, endlich Narben. Bei verschiedenen Gewerben findet man sehr häufig bestimmte Stellen ergriffen, z. B. bei einem Schüler fand Verf. die Efflorescenzen der Drucklinie der Schulbanklehne entsprechend angeordnet. In den Händen und Fusssohlen lokalisirt sich die Psoriasis wegen der Dicke der Epidermis nicht leicht und ist auch hier durchaus nicht immer syphilitischen Ursprungs. Die Reizbarkeit bei vorhandener psoriatischer Anlage ist übrigens nicht bei allen Individuen gleich, wofür das frühe oder späte Ausbrechen der Krankheit spricht. Durchschnittlich zeigt sie sich zuerst im 5. oder 6. Lebensjahre, es sind aber auch Fälle bekannt, wo sie Monatskinder, andererseits vierzigjährige Personen befiel. —

In der Versammlung der Gynäkologen zu München v. 15.—17. September l. Js. sprach Prof. Hegar über die Exstirpation normaler Eierstöcke. Es ist nöthig, zunächst die Bedeutung der Ovarien in's Auge zu fassen und die Richtigkeit des Satzes: „Propter solum ovarium mulier est, quod est" zu prüfen. Wir finden angeborene Defekte und Rudimentbildungen der Ovarien; dennoch zu gleicher Zeit normalen weiblichen Typus. Ein Beispiel für die Unabhängigkeit desselben von den Ovarien ist der Hermaphroditismus lateralis. Ein gewisses Abhängigkeitsverhältniss ist dagegen zwischen Uterus und Ovarien vorhanden; jedoch können Ovarien vorhanden sein und der Uterus fehlen. Dem entgegen-

stehende Beobachtungen sind unsicher. Bei erworbenen Defekten — künstliche Entfernung der Ovarien bei Thieren — finden wir Stehenbleiben des Uterus auf der Entwicklungsstufe, wo er zur Zeit der Exstirpation sich befindet; ferner tritt starke Fettentwicklung auf. Bei Kühen wird durch die Kastration die Milch nicht an und für sich geändert, sie wird aber besser, da durch Wegfall der Brunst die Thiere ruhiger sind. Man führt die Exstirpation der Ovarien jetzt übrigens nur noch wegen Stiersucht und Perlsucht aus. Aus dem Leben der Menschen sind vielleicht zwei Phasen geeignet, uns Aufklärung zu geben: die Sistirung der Menstruation während der Schwangerschaft und der Klimax. Ob die Ovulation eher aufhört als die Menstruation, ist zweifelhaft. Vielleicht lässt sich auch das Auftreten von Krankheiten in den klimakterischen Jahren durch Nichtausscheidung des Menstrualblutes durch den Uterus erklären; zugleich treten in dieser Zeit häufig Veränderungen im Organismus auf: Entwicklung eines starken Embonpoint und besonderer Haarwuchs. Die Verhältnisse beim Menschen geben uns wohl keine Entscheidung, denn wir finden Fortdauern der Menstruation bei degenerirten Ovarien; andererseits können Blutungen durch Geschwülste oder durch Stauungen hervorgerufen sein. Was endlich die Exstirpation von Ovarien bei Menschen betrifft, so sind dergleichen schon in den ältesten Zeiten gemacht worden; auch aus späteren Jahrhunderten wird von einzelnen Ovariotomieen berichtet. In neuerer Zeit ist die Operation bekanntermassen häufig ausgeführt worden. Nach den Zusammenstellungen eines Amerikaners ist nun unter 27 Fällen angeblich 10 Mal nach ausgeführter Ovariotomie doch die Menstruation wiedergekehrt. Nach Hegar's Tabelle sistirt die Menstruation vollständig. Irrthum ist hierbei ja sehr leicht möglich, sei es durch Exstirpation nicht der Ovarien, sondern der in der Umgebung derselben befindlichen Geschwülste, oder des Parovarium. Andererseits treten ähnliche Zustände, wie Molimina gravidarum, verstärkter weisser Fluss nach Ovariotomieen ein und täuschen die Menstruation vor. In den von Koeberle und Hegar operirten Fällen blieben die weiblichen Neigungen der Individuen dieselben, nur ein geringer Embonpoint entwickelte sich. Was das Resultat in den Fällen, in welchen wegen Uterusfibrome normale Ovarien exstirpirt wurden, betrifft, so verkleinerten sich Fibrome und Uterus. Bei der Entwicklung der Geschlechtsorgane des Menschen sind zwei Bildungstriebe vorhanden, von denen der eine vielleicht gehemmt wird. Bei Kastration von Knaben sehen wir, dass etwas weiblicher Typus auftritt; zu berücksichtigen ist aber auch die starke Ernährungsstörung, die gesetzt wird. So ist analog die Exstirpation des Ovarium in der Kindheit wohl nicht ganz einflusslos; bei Erwachsenen können wir aber bis jetzt keinen Einfluss nachweisen: die Exstirpation der Ovarien ist nur antizipirter Klimax. — Ahlfeld bezweifelt, dass das Vorkommen von Hermaphroditismus lateralis schon bestimmt nachgewiesen ist und erwähnt einen Fall von Fettsucht bei einem Kinde mit verkümmerten Ovarien. — Eggel sah zwei Mal bei einer Patientin während mehrmonatlicher Amenorrhoe reiche Entwicklung von Haaren im Nacken und Gesichte; wie die Menses sich wieder einstellten, verschwanden auch die Haare wieder. — Olshausen schliesst einen Fall an, wo schon vor der Ovariotomie der erkrankten Ovarien abnormer Bartwuchs aufgetreten war. — Beigel erwähnt, dass nach einigen von Fromhold, Baker-Brown u. A. veröffentlichten Fällen doch nach der Ovariotomie Menstruation wieder eingetreten sei. Bei den Hegar'schen Ovarialexstirpationen vermisst er den Erfolg. — Gusserow: Der Zusammenhang oder Nichtzusammenhang zwischen Ovulation und Menstruation muss erst anatomisch belegt sein; speziell gegen Beigel's letzte Aeusserung bemerkt er, dass Hegar wegen wiederholter Blutungen und allerdings mit Erfolg die Exstirpation ausgeführt hat. — Auch Leopold betont, dass erst viele Jahre genauer anatomischer Studien und Beobachtungen nöthig seien, ehe über den eventuellen Zusammenhang von Ovulation und Menstruation ein bestimmtes Urtheil gefällt werden könnte. — Hegar widerlegt die obigen Beispiele aus ihren Operationsgeschichten, wonach wohl Reste von Ovarien zurückgeblieben sein können. Was seine 4 Fälle betrifft, die sämmtlich bei geringer Zunahme des Panniculus adiposus gesund sind, so ist in keinem derselben wieder Menstruation eingetreten. (Deutsche med. Wochenschrift, 1877, 3. Nov.)

Da die Entdeckung des Sehroths die physiologische Bedeutung der von Helmholtz und später von Setschenow an der todten Netzhaut beobachteten Fluo-

rescenz in einem zweifelhaften Lichte erscheinen lassen musste, suchten die DD. W. v. Bezold und G. Engelhardt eine Methode, die Fluorescenz der Netzhaut am lebenden Auge nachzuweisen. Sie kamen dabei auf die Idee, das Netzhautbild eines Spektrums ophthalmoskopisch zu beobachten und dann zu versuchen, ob man dieses so weit hinter den Pupillenrand verschieben könne, dass man die Netzhaut schliesslich nur noch in ultravioletter Beleuchtung vor sich habe. Die Lösung dieser Aufgabe erwies sich als durchaus nicht schwierig: es gelang sehr bald (zuerst mit Glasprisma und künstlicher Beleuchtung, später mit Sonnenlicht und Quarzprisma) durch Auffangen des aus dem Prisma austretenden Farbenfächers auf den Augenspiegel von dem Spektrum ein so kleines Netzhautbild zu erzeugen, dass dasselbe ganz oder wenigstens zum grössten Theile gleichzeitig übersehen werden konnte. (Die Beobachtungen wurden immer im umgekehrten vergrösserten Bilde angestellt.) Das Netzhautbild eines Spektrums bietet einen ausserordentlich schönen Anblick. Während der Netzhautgrund das Bild des Spektrums in gewöhnlicher Weise zeigt, treten die Gefässe in sehr verschiedener Färbung hervor; auf dem rothen Grunde nur durch eine etwas intensivere Farbe, im Orange beinahe gar nicht kenntlich, erscheinen sie im Grünen tief schwarz in wunderbar scharfer Zeichnung, im Blauen aber in dunkelbraungelbem Tone, der im Violetten in dunkles Rothbraun übergeht. Im Orange heben sie sich so schwach hervor, dass man glauben möchte, sie seien mit Wasser gefüllt, dagegen werden sie beim Beginn des Grünen plötzlich so schwarz, als enthielten sie Tinte, und dieses Umspringen von dem einen in den andern Ton geschieht so auffallend, dass sie beinahe wie abgeschnitten erscheinen. Reines Gelb ist bei lichtschwachen Spektren bekanntlich nicht mehr wahrnehmbar; aus den Versuchen über die Absorption des Blutes weiss man jedoch, dass diese in der Gegend der Linie D beginnt und zwar noch etwas vorher, wie daraus folgt, dass die Gefässe bei Beleuchtung mit Natriumlicht ebenfalls schwarz gesehen werden. Bis in's Grüne hinein schliesst sich demnach die beschriebene Erscheinung genau dem an, was man nach dem Absorptionsspektrum des Blutes erwarten konnte. Im Blauen aber und zwar in der Gegend der Linie F ändert sich die Sache; hätte man es auch hier nur mit Absorptionserscheinungen zu thun, so müssten die Gefässe ähnlich wie im Rothen, d. h. durch blosse Unterschiede der Helligkeit, wenn auch etwas schärfer markirt sein; man hätte dann eben dunkler blaue Gefässe auf mässig hellerem Grunde zu erwarten. Statt dessen erscheinen sie in gelblich-braunem Tone, der an sehr dunklen Ocker erinnert, während sie im Violett einen entschiedenen Stich in's Rothe zeigen, etwa wie rostiges Eisen. Diese eigenthümliche braune und rothbraune Färbung der Netzhautgefässe im blauen und violetten Theile des Spektrums lässt sich weder durch die Annahme einer Kontrasterscheinung noch durch die Anwesenheit diffusen Lichtes im Auge, sondern allein durch die Fluorescenz der dahinterliegenden Netzhaut erklären, und zwar hat man den Beginn derselben an der nämlichen Stelle zu suchen, an welcher sie von Helmholtz an der todten Netzhaut gefunden wurde, nämlich in der Stäbchen- und Zapfen-Schichte. Für das Vorhandensein der Fluorescenz in der lebenden Netzhaut liefern demnach die Netzhautgefässe selbst das feinste Prüfungsmittel. Wurde, entsprechend der ursprünglich beabsichtigten Versuchsanordnung, nach Abblendung des ganzen sichtbaren Spektrums hinter dem Pupillarande allein noch der ultraviolette Spektralabschnitt auf die Netzhaut geworfen, so erschienen die Netzhautgefässe in entschieden röthlichem Tone auf graubraunem Grunde. Es ist also erwiesen, dass thatsächlich auch die lebende Netzhaut fluoreszirt u. zwar unter dem Einflusse der nämlichen Strahlen, welche schon Helmholtz an der todten Netzhaut als fluorescenzerregend erkannt hat. (Durch die hier beschriebenen Beobachtungen ist schon implicite der Beweis geliefert, dass die im Ophthalmoskope wahrnehmbare rothe Farbe des Augenhintergrundes höchstens in sehr untergeordnetem Masse auf Rechnung der Blutfarbe zu setzen ist, da sonst das Spektrum auf der Netzhaut die Hämoglobinstreifen zeigen müsste.) (Centralblatt für die mediz. Wissenschaften, 1877, 3. November.)

In seiner am Kings-College in London gehaltenen Antrittsrede berührte Prof. Lister zuvörderst die Frage über Fermentation und Putrefaktion. Bei den diessbezüglichen Untersuchungen handelt es sich darum, zu erforschen, ob Fermentation durch die Entwicklung von Organismen entsteht, wie diess bei der Weintraubengährung der Fall

ist, und ob Fermentation und Putrefaktion derselbe Zustand sind. Die Geburtshelfer bringen das Puerperalfieber mit Fermentation zusammen und leiten die Putrefaktion von dieser her. Die letztere musste daher als Fermentation des Blutes betrachtet werden, wodurch die Beschaffenheit desselben eine alterirte, giftige wird. Das Blut als solches besitzt keine Tendenz zur Putrefaktion und gibt es auch in der Luft nichts, was diese Tendenz begünstigte. Wenn jedoch eine Wenigkeit putrefizirten Blutes — soviel wie an einer Nadelspitze kleben bleibt — in eine auf 300° F. erhitzt gewesene, mehrere Wochen lange nicht putrefizirte Blutflüssigkeit gebracht wird, dann entsteht sofort Putrefaktion, die sich weiter ausbreitet. Es ist dadurch bewiesen, dass Putrefaktion auch wieder eine Fermentation ist. Untersucht man das Blut mikroskopisch, so findet man darin Bakterien verschiedener Form, Organismen mit Lokomotion begabt, die sich schrittweise mit der Fermentation entwickeln. Um die Frage zur Entscheidung zu bringen, ob die Bakterien die Fermentation verursachen oder nur zufällige Begleiter derselben sind, hat Verf. Versuche mit der Milchgährung Monate hindurch angestellt. Bei mikroskopischer Untersuchung sauer gewordener Milch fanden sich Organismen, die augenscheinlich den Charakter von Bakterien hatten, jedoch bewegungslos und eigenthümlich in ihrer Form gestaltet waren. In gekochter Milch hingegen fand sich nach kurzer Zeit weder Säurebildung noch Putrefaktion vor — Beweis dafür, dass der Sauerstoffgehalt der Luft und der Kaseingehalt der Milch keine Fermentation bewirken konnten. Wurde jedoch ein Tropfen Wasser hinzugegossen, dann entstand Bildung von Bakterien anderer Art und auch eine ganz andere Fermentbildung. Man sieht daraus, dass spontan in der gekochten Milch keine Fermentation entsteht. Es erklärt sich auch daraus leicht das Faktum, dass Milch, direkt von der Kuh entnommen, nicht leicht sauer wird, während die von Molkereihändlern bezogene eher fermentirt. Gestützt auf viele andere Experimente, wies Verf. nach, dass, wenn Bakterien in der Milch nicht enthalten waren, andere Fungi darin vorkamen, dass jedoch mit der grössten Wahrscheinlichkeit nachzuweisen ist, Bacteria lactis sei die Veranlassung der Milchsäuregährung, und Bakterien überhaupt Fermentation und in Folge dessen Putrefaktion hervorrufen. (The Lancet Vol. II, N. 14, 1877.)

Auf der jüngst in München abgehaltenen fünfzigsten Naturforscher-Versammlung hielt Prof. E. Klebs aus Prag nachstehenden Vortrag über Tuberkulose: „Als Ausgangspunkt der Untersuchung muss der klinische Begriff des Prozesses dienen. Wenn, wie dieses zuerst richtig von Virchow hervorgehoben ist, diese Krankheit gewöhnlich in der Form kleiner Knötchen von einem Organe auf das andere sich verbreitet, so ist es einmal diese Form der pathologischen Veränderung, dann der progressive oder infektiöse Charakter, welcher dieselbe kennzeichnet. Freilich treten auch abweichende Formen pathologischer Veränderung bei demselben Prozesse auf, indess doch immer nur in nebensächlicher Weise und nur in seltenen Fällen das Bild so weit beherrschend, dass die Diagnose unsicher oder sogar unmöglich wird. Diese Abweichungen von dem typischen Bilde können in zwei Richtungen von ganz verschiedener Bedeutung sich geltend machen: Erstlich kann in solchen Organen, welche durch eine reichliche Entwicklung lymphatischer Hohlräume ausgezeichnet sind, die Bildung der Miliartuberkel einen gleichsam diffusen Charakter annehmen, so in der Pia Mater des Hirns und Rückenmarks, für welche Organe daher schon seit alten Zeiten der Begriff einer tuberkulösen Entzündung aufgestellt wurde. Zweitens aber wird dieser Anschein diffuser, entzündlicher Erkrankung durch die Komplikation entzündlicher und tuberkulöser Prozesse hervorgerufen, wie dies namentlich in solchen Organen geschieht, die bei der Einwirkung äusserer Schädlichkeiten durch ihre Lage besonders ausgesetzt sind. Ich brauche kaum auszuführen, dass dieses in erster Linie bei den Lungen der Fall ist. Betrachten wir indess die sog. primären Entzündungen der Lunge, welche die Tuberkulose einleiten, so bemerken wir, wie diess schon der alte Laennec ganz richtig erkannt hat, bereits bei der makroskopischen Betrachtung gewisse Differenzen gegenüber gewöhnlichen Pneumonieen: jene bekannte graue gallertige oder auch käsige Hepatisation, welche auch von neueren Beobachtern für besonders charakteristisch erklärt worden ist. Auch in diesen Fällen haben wir ein Kennzeichen, welches die tuberkulöse Natur solcher Prozesse schon mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu diagnostiziren gestattet, ebenfalls von Virchow immer wieder betont, die Hinfälligkeit der neugebildeten Gewebe, den raschen, fettigen Zerfall derselben.

In zahlreichen derartigen Fällen hat es aber auch gar keine Schwierigkeiten, bei genauerem Nachsehen, in diesem oder jenem Organe, gewöhnlich in der nächsten Nachbarschaft der erkrankten Lunge miliare Bildung anzutreffen. Nach langjähriger Beschäftigung mit dieser Frage habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die käsigen Pneumonieen mit progressivem Charakter der Tuberkulose selbst angehören und nicht etwa in dieselbe übergehen. Die Gegner dieser Anschauung wollen dieselbe vielfach durch die Behauptung widerlegen, dass nicht in allen diesen Fällen das charakteristische Element der Tuberkulose nachgewiesen werden kann. Allein für viele Fälle ist dies entschieden unrichtig, indem die mikroskopische Untersuchung gar nicht selten miliare Knötchen in Fällen erkennen lässt, in denen die grobe Betrachtung negative Resultate ergibt; ist man doch so weit gegangen, die Anwesenheit von Miliartuberkeln bei der tuberkulösen Larynxphthise zu läugnen und die linsenförmigen Geschwüre der Trachea für katarrhalische zu erklären. Es muss hier auf die Untersuchung eines grösseren Beobachtungsmateriales, welches sowohl miliare Tuberkel dieser Organe makroskopisch als auch mikroskopisch submiliare Knoten neben den linsenförmigen Geschwüren zu konstatiren gestattet. Indessen in einer Beziehung müssen die Angaben Virchow's eingeschränkt werden. Es kommen Fälle vor, in denen überhaupt eine interstitielle Zellenwucherung nicht nachgewiesen werden kann, obwohl sonst der ganze Verlauf des Prozesses die tuberkulöse Natur desselben unzweifelhaft erscheinen lässt. So hat schon Wedl die Angabe gemacht, dass der Lungentuberkel, wie er irrthümlich annahm, immer sich von dergleichen Bildungen anderer Organe durch die Lagerung der neugebildeten Zellen innerhalb der Alveolen und nicht im interstitiellen Gewebe unterscheide. In der neueren Zeit ist dieses vielfach bestätigt worden, so von Friedländer, und hat nicht wenig zur gegenwärtig herrschenden Unklarheit bezüglich des Wesens und der Diagnose der Tuberkulose beigetragen. Meiner Ansicht nach gehören die Formen von miliaren pneumonischen Herden, welche auch makroskopisch mit dem grauen Tuberkel übereinstimmen, allerdings dieser Affektion an; sie entstehen vorzüglich in solchen Fällen, in denen das Tuberkelgift durch die Luftwege importirt ist. Auch in anderen Organen finden sich ähnliche Vorkommnisse, so in den weiblichen Geschlechtsapparaten: es gibt Fälle, in denen neben akuter Miliartuberkulose des Peritoneums ein chronischer, eiteriger Katarrh der Geschlechtswege angetroffen wird. Die dichte Entwicklung der Knötchen im Umfange der Tubarostien spricht für die erste Entstehung der Tuberkulose an diesen Stellen, und dennoch fehlt jede Spur von Knötchenbildung oder gar Ulzeration auf der Genitalschleimhaut. Analoges kömmt auch an den männlichen Geschlechtsorganen und am Respirationsapparate vor. Es gibt in der That virulente tuberkulöse Katarrhe oder richtiger Katarrhe, welche Träger tuberkulöser Infektion sind. Wie sehr gross der Unterschied dieser Auffassung von derjenigen ist, welche das Tuberkulöswerden aller möglichen Entzündungen und Katarrhe behauptet, braucht kaum angedeutet zu werden. Der tuberkulöse Katarrh ist meiner Auffassung nach eben so spezifisch wie der syphilitische oder gonorrhoische, oder mallöse, ohne dass wegen dieser spezifischen Unterschiede irgend erhebliche Verschiedenheiten in der Erscheinungsweise des Prozesses selbst wahrzunehmen wären. Die Verschiedenheit zeigt sich erst im weiteren Verlaufe, der Katarrh mit seinem eiterigen Sekrete ist eben nicht an sich spezifisch, sondern nur als Träger des spezifischen Giftes. In dieselbe Kategorie mögen auch manche derjenigen Fälle gehören, welche von dem scharfsinnigen Gubler als latente Tuberkulose bezeichnet wurden — Fälle, in denen neben den Zeichen einer allgemeinen Infektionskrankheit nur ganz spärlich in einem oder dem anderen Organe ächte Miliartuberkel angetroffen werden. Man kann zwar gegen diese Auffassung den Einwand erheben, dass in solchen Fällen der mikroskopische Nachweis einer grösseren Verbreitung der Tuberkulose vielleicht möglich gewesen wäre; allein es kommen entschieden solche Fälle vor, nur gehören sie nicht zu den in akutester Weise verlaufenden, und sind es gewöhnlich einzelne seröse Höhlen, welche der Sitz dieser lokalen Miliartuberkulose sind; ich wäre desshalb eher geneigt, die lokal beschränkte Veränderung als das Residuum eines früher weiter verbreiteten Infektionsprozesses zu halten".

(Schluss folgt.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 48. *Erlangen*, am 1. Dezember 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Fall von akuter Uterustuberkulose. Zur Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olekranon. Resultate aus Versuchen zur Ermittelung der Sehnervenkreuzung im Chiasma. Zur Lehre von der Tuberkulose (Fortsetzung).

In den Lehrbüchern der pathologischen Anatomie finden sich fast ausschliesslich nur Schilderungen der Befunde bei der chronischen Form der Uterintuberkulose, wodurch die Seltenheit der akuten Form dieser Krankheit dokumentirt wird. Nur Rokitansky beschreibt einen „Fall von akuter Tuberkulisation des puerperalen Uterus“ und erwähnt die akute Form im 3. Bande (p. 498) mit folgenden Worten: „In höchst seltenen Fällen erkrankt der Uterus nach dem Puerperium an einer akuten Tuberkulisation seiner Schleimhaut (Decidua) und Fleischmasse mit Hemmung seiner Involution — neben akuter Tuberkulisation der Lungen“. Vor Kurzem kam nun im Wiener pathologisch-anatomischen Institute ein ganz analoger Fall von akuter (miliarer), nicht auf die Schleimhaut beschränkter, sondern gleichzeitig auf alle Schichten des Organs ausgedehnter Tuberkulose des puerperalen Uterus zur Beobachtung, über welchen Dr. Karl Breus, Assistent an obigem Institute, berichtet: Die 34jährige K. H. lag vom 21.—30. Juni d. Js. im allgemeinen Krankenhause mit dem Symptomenkomplexe von Meningitis tuberculosa. In der Anamnese gab sie an, erst seit 14 Tagen sich unwohl zu fühlen und vor 8 Wochen im 5. Monate ihrer 2. Gravidität abortirt zu haben. Bei der am 1. Juli vorgenommenen Sektion fand sich neben chronischer Tuberkulose der Lungenspitzen, verkästen Bronchialdrüsen und Meningitis tuberculosa eine miliare Tuberkeleruption im gesammten übrigen Lungengewebe, in Leber, Milz und Nieren; dabei boten die inneren Sexualorgane folgendes Bild: der Uterus im Verhältnisse zu dem bereits vor 2 Monaten erfolgten Abortus gross (10 Cm. lang, im Fundus 7 Cm. breit), seine Wandung im Fundus bis 15 Mm., an der Placentarinsertionsstelle bis 30 Mm. dick. Das Cavum uteri entsprechend erweitert, mit dicklichem, grünlich-gelbem Fluidum erfüllt, das Endometrion intensiv geröthet, succulent, von grobkörnigem Ansehen; dieses letztere bedingt durch Einlagerung von zahlreichen hirsekorngrossen, theils diskreten, theils gruppirten graulichen und gelblichen Tuberkelknötchen, welche, durch das gelockerte Gewebe durchscheinend, dasselbe auf rothem Grunde graugelblich gefleckt erscheinen liessen. An der vorderen Wand des Corpus uteri markirte sich die Placentarinsertionsstelle als eine rundliche, circa 4 Cm. im Durchmesser haltende, bis 1 Cm. über das Niveau der Innenfläche vorspringende Partie, innerhalb welcher die Oberfläche noch unregelmässiger gestaltet und die erwähnten Veränderungen noch etwas ausgesprochener erschienen. Die Muskulatur des Uterus selbst war im Bereiche des Corpus und Fundus von blassroth-gelber Farbe, etwas lockerer und von der Mukosa bis an die Serosa durchsetzt von sehr zahlreichen, den obigen gleich beschaffenen Tuberkeln, so dass die dadurch gekörnte Schnittfläche der Muskularis sich wie griesig anfühlte. Solche Knötchen fanden sich auch, jedoch nur ganz vereinzelt, in der Schleim-

haut und der Muskulatur des Cervix; dagegen war das Peritoneum der Sexualorgane stellenweise und zwar besonders an den Lig. latis und in der Tiefe des Douglas'schen Raumes reichlicher damit besetzt. Die etwas kleineren Ovarien zeigten auf dem Durchschnitte ein derbfaseriges, follikelarmes, gefässreiches Gewebe. Beide Tuben waren stark geschlängelt, schlank und ihr Peritonealüberzug fein injizirt. Die rechte Tuba, ungefähr in ihrer Mitte auf Bleistiftdicke ausgedehnt, war dieser Stelle entsprechend erfüllt mit einem käsigkrümeligen Pfropfe, der hier ihr Lumen aufhob und die Schleimhaut substituirte. Sonst war die Mukosa beider Tuben, und zwar besonders in ihrer abdominalen Hälfte, mit reichlichem gelblichem Sekrete bedeckt und mit miliaren Tuberkeln wie bestreut. In den Ovarien und Vaginalwandungen konnte auch die mikroskopische Untersuchung keine auf Tuberkulose zu beziehenden Veränderungen nachweisen. Sonst bestätigte das Mikroskop sowohl die im Endometrion als die in den übrigen Lagen der Uteruswand beschriebenen Knötchen als miliare Tuberkel. Sie zeigten sich als nicht scharf abgegränzte, rundliche, ganz gefässlose Anhäufungen von meist lymphoiden, jedoch auch grösseren epitelioiden Elementen (den sogenannten Tuberkelzellen). Auch grosse vielkernige Riesenzellen fanden sich hier und da vor. Der centrale Theil einzelner dieser Zellengruppen war bereits regressiven Metamorphosen verfallen und stellte eine trübe molekuläre Masse dar, innerhalb welcher kaum mehr die einstigen Zellenkonturen zu erkennen waren. Ausserdem war das umgebende Gewebe vielfach kleinzellig infiltrirt. Die innere Auskleidung der Uterushöhle erwies sich nicht etwa noch als deciduales Gewebe, sondern als eine 2 Mm. dicke Schleimhaut mit zylindrischem Oberflächenepitel und mit wohl etwas unregelmässig verlaufenden, ziemlich weiten Drüsenschläuchen, deren 0,015 Mm. hohe Cylinderepitelien gut erhalten waren. Da die Frau vor 8 Wochen abortirt hatte, eine so ausgebildete Uterinschleimhaut aber erst mindestens 4 Wochen nach der theilweisen Ausstossung der Decidua wieder vorliegen kann und kaum anzunehmen ist, dass die Regeneration der Schleimhaut trotz interkurrirender Uterintuberkulose so weit gediehen wäre, so ist nach Verf. mit diesem Befunde ein Zeitpunkt gegeben, über den zurück das Alter der lokalen Erkrankung nicht datirt werden kann. Abgesehen von der miliaren Form berechtigt auch noch die kurze Zeit, in welcher die so ausgedehnte Tuberkeleruption zu Stande gekommen, zu der Annahme einer in diesem Falle vorliegenden akuten Uterustuberkulose. Den ältesten Heerd des tuberkulösen Prozesses im Genitalapparate dürfte die käsige Partie im Mittelstücke der rechten Tuba repräsentiren. (Wien. med. Wochenschrift, Nr. 44, 1877).

In einer Arbeit „zur Behandlung der Querbrüche der Patella und des Olekranon" bemerkt Dr. M. Schede: Unter den Umständen, welche die Koaptation der Bruchstücke der Kniescheibe beim Querbruch derselben erschweren und die knöcherne Vereinigung verhindern, nimmt der Bluterguss in das Gelenk einen hervorragenden Platz ein; nicht minder wichtig ist die Schwellung der Weichtheile um das Gelenk und die Wirkung des M. quadriceps femoris. Die vom Verf. mit Erfolg geübte Behandlungsweise nimmt auf diese Punkte in gleicher Weise Rücksicht. Zuerst wird unter sorgfältiger Beobachtung der antiseptischen Kautelen das Kniegelenk mit einem starken Trokart punktirt und das oft sehr massenhafte Blutextravasat entfernt; dann wird die Gelenkhöhle so lange mit Karbolsäurelösung von 3 pCt. ausgespült, bis diese ganz klar wieder herausfliesst. Hierauf wird die Stichöffnung mit Silk prosective und mit einem kleinen Ballen Salicylwatte bedeckt. Nun wird mit langen 2—3 Ctm. breiten Heftpflasterstreifen eine Testudo angelegt, um die Fragmente gegen einander zu drängen. Die Heftpflasterstreifen müssen so lang sein, dass sie sich an der hinteren Fläche des Beines kreuzen und an der vorderen Seite des Unter- resp. des Ober-Schenkels enden. Darüber kommt eine feste Einwicklung des ganzen Beines mit einer Flanellbinde, welche am Knie in Form einer Testudo die Wirkung der Heftpflasterstreifen verstärkt, und schliesslich legt man einen Gypsverband möglichst knapp an, welcher von den Knöcheln bis zur Hüfte reicht und das Knie in gestreckter Stellung fixirt. Dieser Verband muss in den ersten Wochen mehrmals in Zwischenräumen von etwa 8 Tagen erneuert werden, weil er sich durch die Abschwellung der Theile bald lockert und ein Auseinanderweichen der Fragmente gestattet. Nach 6 Wochen ist der Kallus noch nicht fest genug, um den Insulten beim Gehen zu trotzen. Es muss darum ein solider Schienenapparat angelegt werden, der vom

Fusse bis zur Hüfte reicht und im Kniegelenke eine Flexion gestattet, die Anfangs nicht mehr als etwa 20 Grad beträgt und später allmählig in grösserer Ausdehnung zugelassen wird. — Nach etwa einem halben Jahre kann der Apparat abgelegt werden. Die Punktion des Kniegelenkes unter antiseptischen Kautelen hat sich bisher in zahlreichen Fällen als ganz ungefährlich erwiesen, doch hält Verf. die Ausspülung der Gelenkhöhle mit Karbolsäure für wichtig; wenigstens folgten in den 3 Fällen von Kniescheibenbruch, in welchen sie unterlassen wurde, ziemlich starke Schmerzen, die durch einige Tage andauerten, einmal auch Fieberbewegungen, während die beiden Fälle, in welchen dieselbe vorgenommen wurde, ganz reaktionslos verliefen. Von den 5 Fällen, welche Vf. in der angegebenen Weise behandelt, heilten 3 durch knöcherne Vereinigung der Bruchstücke. In 2 anderen Fällen war die Verbindung ligamentös. Diesen mangelhaften Erfolg schreibt übrigens Verf. in dem einen Falle dem zu seltenen Verbandwechsel zu und hier war die vereinigende Narbe ziemlich breit, in dem anderen Falle wurde, als die Vereinigung schon fest schien, der Kontentivverband zu früh weggelassen und die Fragmente wurden wieder etwas beweglich. In dem letzterwähnten Falle war wegen einer gequetschten Wunde der Haut über der Patella die Malgaigne'sche Klammer angewendet und sehr gut vertragen worden. — In 6 Fällen von Querbruch des Olekranon wurde bei gleicher Verbandmethode stets knöcherne Vereinigung erzielt, die Punktion des Ellbogengelenkes war niemals nothwendig. (Centralblatt f. Chirurgie, 1877, Nr. 42.)

J. Michel operirte, um die Sehnerven-Kreuzung im Chiasma zu ermitteln, 10 Hunde, von denen 3 auf dem rechten, 3 auf dem linken Auge und 4 beiderseits enukleirt wurden. Es ergab sich, dass das Verhältniss des der enukleirten Seite entgegengesetzten Traktus zum Optikus der enukleirten Seite ein grösseres ist als dasjenige des der gesunden Seite entgegengesetzten Traktus zum Optikus dieser Seite. Dem entsprechend findet sich das Verhältniss von Traktus zu Traktus grösser als dasjenige von Optikus zu Optikus, d. h. der Traktus ist im Verhältnisse stärker atrophisch als der Optikus. Bei der Annahme einer partiellen Kreuzung müsste das umgekehrte Verhältniss eintreten, da beide Traktus partiell atrophiren. Die Verhältniss-Zahlen des Optikus der nicht enukleirten Seite und des entgegengesetzten Traktus sind gleich oder nähern sich denjenigen des normalen Chiasma. Die Verhältnisszahlen des Optikus der enukleirten Seite und des entgegengesetzten Traktus sind gleich oder nähern sich den Werthen, welche bei doppelseitiger Enukleation festgestellt wurden. Bei kurzer Lebensdauer nach der Enukleation ist das Verhältniss von Traktus zu Optikus ein geringeres. Ausserdem ergibt sich, dass Enukleation eines oder beider Augen keinen Einfluss auf die Breite der hinteren Kommissur hat. Der dem atrophirten Sehnerven entgegengesetzte Traktus zeigt die Erscheinungen der ausgesprochenen und fortschreitenden Atrophie. Bei Atrophie beider Sehnerven sind das atrophische Chiasma sowie die in Atrophie begriffenen Traktus sichtbar. Die gleichzeitige Messung der Kommissur mit dem Traktus ist als falsch anzusehen. Die mikroskopische Untersuchung der Traktus bei einseitiger Enukleation ergab, dass der dem atrophischen Sehnerven entgegengesetzte Traktus theils nur einfache Fasern, theils mit dünner Markscheide, theils mit normaler Markscheide versehene Nervenfassern aufzuweisen hatte, der andere Traktus durchaus normale. Je mehr man sich bei dem ersteren Traktus dem Chiasma näherte, je längere Zeit nach der Enukleation verflossen war, desto grösser war die Anzahl der einfachen, mit Karmin sich intensiv färbenden Fasern. Bei längerer Dauer entwickeln sich auch Wucherungen von Seiten des Neurilemes insoferne, als die Piafortsätze breiter werden. Letztere erstrecken sich sodann in das Chiasma hinein (normal beim Chiasma der Vögel). (v. Gräfe's Archiv, XXIII. S. 228 ff.) —

Ueber Tuberkulose von Prof. E. Klebs (Fortsetzung des in Nr. 47 S. 376 abgebrochenen Aufsatzes). „Gewiss können Miliartuberkel heilen, wie wir dies direkt, z. B. an dem Kehlkopfe, beobachten können; aber andererseits ist es auch möglich, dass bei akuter tuberkulöser Infektion der Prozess nicht überall bis zur Entstehung von Miliarknoten sich fortentwickelt. — Diese Thatsachen, welche hier freilich der Kürze der zu Gebot stehenden Zeit wegen nur unvollständig angeführt werden können, nöthigen zu der Annahme, dass das Tuberkelgift und die pathologische Veränderung, welche wir als Tuberkel be-

zeichnen, in einem innerlichen, aber keineswegs nothwendigen Zusammenhange stehen; dass der Tuberkel und zwar der infektiöse Tuberkel nur eine einzelne, wenn auch sehr charakteristische, Folgeerscheinung der tuberkulösen Infektion ist. Als solche ist er durch keine der bisher bekannten anatomischen Eigenschaften an und für sich charakterisirt, weder durch die kleinen, rasch zerfallenden Zellen, welche man früher für besonders kennzeichnend hielt, noch durch die Riesenzellen, in denen Neuere die spezifischen Elemente der Tuberkel wollen gefunden haben. Auch die Obstruktion der Gefässe in dem Knötchen genügt nicht für die Diagnose, sondern alle diese einzelnen Kennzeichen zusammengenommen, sowie die schon früher angedeutete Verbreitung im Körper, gestatten die Annahme, dass es sich in einem gegebenen Falle um eine ächte infektiöse Tuberkulose handelt. Dieselben Grundsätze müssen aber auch den Kliniker leiten. — Für die weitere Aufdeckung des Wesens des tuberkulösen Virus, welche nach Analogie anderer Infektionsprozesse zunächst von der anatomischen Untersuchung hätte erwartet werden können, haben sich bis jetzt erhebliche Schwierigkeiten ergeben. Unzweifelhaft haben diejenigen Forscher, welche auf dem Boden der parasitären Theorie der Infektionskrankheiten stehen, schon vielfach Versuche gemacht, um zunächst diese Frage zu lösen und auf diesem Wege Grundlagen für eine experimentelle Inangriffnahme der Frage zu schaffen, — bis jetzt ohne Erfolg. Ich selbst habe dieser Angelegenheit, so lange ich mich mit dem Gegenstande beschäftigte, unausgesetzt meine Aufmerksamkeit zugewendet, bin aber auch hier von allen bisher bekannten Methoden unbefriedigt geblieben, bis ich zu der einfachsten, der direkten Beobachtung des frischen Objektes, zurückgekehrt bin. — Andererseits ist es aber auch direkt nothwendig, mit der anatomischen Untersuchung zu beginnen. In der Tuberkulosefrage ist in der That der experimentelle Weg vor dem anatomischen betreten worden. Es ist nicht nothwendig, hier den Gang dieser Untersuchungen zu rekapituliren, von Villemin an alle die verschiedenen Phasen aufzuzählen, welche auch hier mit ihren oft scheinbar unlöslichen Widersprüchen die Meinungen der Aerzte mehr verwirrt als geklärt haben. Das Experiment ist eine gefährliche Waffe, welche ihren Träger nicht selten verletzt. Indessen können wir konstatiren und die heute gehörten Mittheilungen bestätigen dies in erfreulicher Weise, dass die Annahme der spezifischen Kontagiosität sich mehr und mehr Bahn bricht. In Deutschland standen dieser Anschauung vorzüglich die Arbeiten von Cohnheim und B. Fränkel entgegen, welche gegenüber meinen peritonealen Implantationen tuberkulöser Substanz die gleichen Resultate erhalten hatten, wenn sie andere, selbst unorganische, Körper in die Bauchhöhle von Thieren einführten. Ich vermuthete sofort, nachdem diese Beobachtung veröffentlicht worden war, dass irgend ein Fehler, wahrscheinlich zusammenhängend mit der Lokalität, in der die Versuche von Cohnheim und Fränkel vorgenommen waren, diese auffallenden, mit meinen Resultaten unvereinbaren Resultate veranlasst haben dürfte. In der That schien mir die Annahme, dass Fremdkörper indifferenter Art Tuberkulose hervorbringen könnten, Angesichts der natürlichen pathologischen Vorkommnisse ziemlich unwahrscheinlich; ist doch noch niemals ein Fall beobachtet worden, in dem ein Fremdkörper eine von der Lokalität, an welcher er sich festgesetzt hat, ausgehende Tuberkulose hervorgerufen hätte. Selbst die Erzeugung von Lungentuberkulose durch Einathmung mechanisch oder chemisch schädlich wirkender Substanzen, welche früher als ein gesichertes Dogma galt, ist durch die genaue Kenntniss der Staubinhalationskrankheiten mindestens sehr zweifelhaft geworden, und müssen diese Einwirkungen in die Reihe der Hilfsursachen der Tuberkulose verwiesen werden. Niemand, der genauer mit der Beschaffenheit der anthrakotischen oder siderotischen Lungen vertraut ist, wird noch, wie dies einst Waldenburg versuchte, auf den Gedanken kommen, diese Veränderungen mit den tuberkulösen zusammenwerfen zu wollen. — In der That sind nun in der neuesten Zeit von Cohnheim Versuche publizirt worden, welche derselbe in Gemeinschaft mit Dr. Salamonsen aus Kopenhagen angestellt hat, die ein vollständig mit meinen Anschauungen übereinstimmendes Resultat ergeben haben. Bei Einbringung von lebendem Gewebe in die vordere Augenkammer zeigte sich, dass nur, wenn dasselbe einem an Tuberkulose erkrankten Organe entnommen war, Miliartuberkel der Iris entstanden, und zwar nach einer Inkubation von 3 Wochen, nachdem keine Spur entzündlicher Erscheinungen vorhergegangen war. Auch die Implantation verschiedener Geschwulstpartikeln, wie verfettetes Karzinomgewebe oder *Lymphome*,

erwies sich unwirksam. Für die lokale Gelenktuberkulose musste, wie Weigert mittheilte, nachträglich die gleichlautende Angabe von Cohnheim zurückgenommen werden. Doch bleibt es immerhin fraglich, ob dieses für alle Fälle der sog. Lokaltuberkulose zu gelten hat. Mag dem so sein, so ist dieses indess nur eine Frage, welche die Gränzgebiete der Tuberkulose tangirt, für die Auffassung des Wesens dieser Krankheit selbst aber vollständig gleichgiltig ist. Indem somit die gegenwärtigen Erfahrungen sämmtlich darauf hindeuten, der Tuberkulose einen spezifisch infektiösen Charakter zu vindiziren, bleibt immerhin die Aufgabe zu lösen, welcher Natur der Infektionsstoff sei. Entweder kann derselbe den zelligen Elementen des Tuberkels anhaften und von diesem abstammen, oder er befindet sich neben diesen in dem Tuberkel, unabhängig von den Körperbestandtheilen, welche diesen zusammensetzen. Schon die durch die Impfungen festgestellte Thatsache, dass sehr geringe Mengen der Tuberkelsubstanz, auf ein geeignetes Thier übertragen, hinreichen, in diesem eine über alle Organe sich allmählig ausbreitende Tuberkulose hervorzubringen, spricht gegen die erstere Annahme, dass das Tuberkelvirus von den zelligen Elementen des Tuberkels gebildet werde, wie das Pepsin von den Magensaftzellen, man müsste denn annehmen, dass die Fähigkeit, den Tuberkelstoff zu erzeugen, durch eine Art Ansteckung von einem Elemente auf das andere übertragen werden könne. So unwahrscheinlich diese Annahme war, so galt es doch, dieselbe auf dem Wege des Versuches zu prüfen. — Der einfachste Weg, um zu beweisen, dass nicht die Zellen des erkrankten Thieres den Giftstoff der Tuberkulose produziren oder zu seiner Vermehrung irgendwie beitragen, besteht in der Kultivirung dieses letzteren ausserhalb des Organismus, unter Bedingungen, welche die Lebensfähigkeit der Zellen des Warmblüters vernichten. Findet unter solchen Bedingungen dennoch eine Zunahme der giftigen Wirkung statt, so kann dieses nur entweder von den noch vorhandenen Bestandtheilen des Thierkörpers, den Resten der abgestorbenen Zellen desselben abhängen, oder von Bestandtheilen des Impfmaterials, welche, dem Thierkörper ursprünglich fremd, sich innerhalb der Tuberkel entwickelt haben. — Indem die Reste der Körperbestandtheile nach dem Schwunde ihrer Lebenseigenschaften der Vermehrungsfähigkeit beraubt sind, diese Eigenschaft aber jenen anomalen Körperbestandtheilen zukommen würde, wäre es in diesem Falle leicht, die ersteren zu eliminiren. Es geschieht dieses auf dem Wege der „fraktionirten Kultur", welche Klebs schon vor längerer Zeit zu diesem Zwecke vorgeschlagen und angewendet hat. Dieselbe besteht darin, dass von der ersten zur Kultur verwendeten Substanz, welche abgestorbene Bestandtheile des Thierkörpers noch in relativ grosser Menge enthält, geringe Mengen in neue Kulturapparate gebracht und hier mit demselben Kulturboden, wie in dem ersten Apparate, aber mit relativ grossen Mengen desselben in Berührung gebracht werden. Der nicht vermehrungsfähige Antheil der übertragenen Substanz wird hierdurch schon bedeutend verdünnt und sein Verhältniss zu dem vermehrungsfähigen durch die Vermehrung des letzteren noch ungünstiger gestaltet. — Ueberträgt man, um durch ein Beispiel den Vorgang zu veranschaulichen, einen Tropfen der Impfflüssigkeit in 50 Cctm. der Kultursubstanz, so wird die ganze Masse desselben etwa den 1100. Theil der Mischung betragen; ein Tropfen dieser, wiederum in 50 Cctm. derselben Kultursubstanz übertragen, ergäbe bereits eine Verdünnung der ursprünglich angewendeten Substanz um das 1,110,000fache. Bei fernerer Wiederholung der Procedur wird die Verdünnung die 3., 4. u. s. w. Potenz und, wie bekannt, hiermit sehr schnell jenen erstaunlich hohen Grad erreichen, welchen der weise Persier bei der Preisbestimmung des Schachspieles herausbrachte. — Während so in rapider Progression eine Abnahme der todten Substanz stattfindet, verhält sich etwa vorhandene, lebendige Substanz in gerade entgegengesetzter Weise und resultirt hieraus das gewünschte Ergebniss der Eliminirung aller dem Impfstoffe ursprünglich anhaftenden Bestandtheile des ersten Krankheitsträgers in so vollkommener Weise, wie dies auf anderem Wege nicht zu erreichen ist, so lange man die physikalischen Eigenschaften des Giftstoffes noch nicht kennt. Es hat diese Methode desshalb eine viel weitere Anwendungsfähigkeit, als die in gewissen Fällen unentbehrliche Filtrationsmethode, welche die körperliche Beschaffenheit der zu trennenden Substanz voraussetzt. — In unserem Falle erwies sich als eine für diese Kulturversuche geeignete Substanz das Hühnereiweiss, welches, frisch gelegten Eiern entnommen, in vorher gehörig gereinigte, durch Baumwolle gegen das Eindringen von Staub geschützte Kultur-

apparate eingebracht war. Die nachträgliche Einführung von tuberkulöser Substanz erfolgte erst, nachdem eine mehrere Tage lange Beobachtung die Abwesenheit jeder Zersetzung in dem Eiweiss gezeigt hatte. In diesen Gefässen entwickelte sich nun nach kurzer Zeit, schon am 2. oder 3. Tage, eine merkliche Trübung, welche, wie die mikroskopische Untersuchung lehrte, von der Entwicklung einer zahllosen Menge äusserst kleiner, lebhaft beweglicher Körnchen und kurzer Stäbchen verursacht wurde. Dieselben erfüllten zuerst die oberflächlichen Schichten, dann die tieferen, bis endlich die ganze Masse in eine graue, etwas dickliche Flüssigkeit verwandelt war. — Derselbe Vorgang wiederholte sich, wenn von dieser ersten Generation kleine Mengen in einen bis dahin von jeder Zersetzung frei gebliebenen Apparat übertragen wurden. In der folgenden Generation mussten die sich entwickelnden Organismen in reinerem Zustande erhalten werden, endlich frei von nicht entwicklungsfähiger Substanz, die denselben zunächst anhaften musste und möglicher Weise Träger der Infektion sein konnte. Indem diese Möglichkeit durch die Versuchsbedingungen ausgeschlossen wurde, können wir mit Bestimmtheit behaupten, dass, wenn durch die Substanz der letzten Generation ebenso wie durch die dem erkrankten Thiere oder Menschen entnommene Substanz Tuberkulose in einem Impfthiere hervorgebracht wird, dieselbe nur durch diejenigen Organismen erzeugt sein kann, welche mit der tuberkulösen Substanz dem ersten Thiere oder Menschen entnommen waren und sich allein vermehren konnten. — Die Versuche, welche diese Annahme in der That bestätigen, können hier nicht im Einzelnen aufgeführt werden, sondern muss dieses einer ausführlichen Publikation vorbehalten werden. Hier genüge es, Ihnen ein Präparat vorzulegen, welches diese wichtige Thatsache demonstrirt, das grosse Netz einer Katze, welcher am 5. Mai d. Js. eine äusserst geringe Menge einer tuberkulösen Flüssigkeit in die Bauchhöhle eingespritzt worden war; die Flüssigkeit war der dritten Generation von tuberkulöser Substanz entnommen, welche in erster Linie von einem mit menschlicher Tuberkulose geimpften Meerschweinchen herstammte. Das Thier wurde, nachdem es bedeutend an Gewicht verloren, am 7. Juni getödtet. Alle übrigen Organe, mit Ausnahme des Peritoneums, waren frei von tuberkulösen Bildungen: an der Infektionsstelle hatte sich ein linsengrosses, gelbes Knötchen am parietalen Peritoneum gebildet, miliare Knoten von grauer Farbe, jetzt durch Hämatoxylin intensiv blau gefärbt und daher leicht von dem ungefärbten Fettgewebe zu unterscheiden, haben sich über das ganze viscerale Peritoneum verbreitet, im Ganzen den Blutgefässen folgend. — Wenn hierdurch auch die Thatsache wohl zweifellos festgestellt ist, dass tuberkulöse Infektion nicht allein, wie die älteren Impfversuche lehren und die heute vorgelegten Präparate von Neuem bestätigen, durch Uebertragung von tuberkulösen Geweben, sondern auch durch Organismen geschehen kann, welche aus solchen Geweben stammen und ausserhalb des Körpers sich vermehren können, so fordert diese Erfahrung doch wiederum auf, den Nachweis dieser Organismen in dem erkrankten Gewebe bei genuiner Tuberkulose der Menschen und Thiere zu versuchen. Freilich stellt die enorme Kleinheit der gezüchteten Organismen bei diesem Unternehmen Schwierigkeiten in Aussicht, grösser als bei den bisher bekannten Fällen von Schistomykose. Handelt es sich um Körnchen, deren Durchmesser mit unseren Hilfsmitteln kaum exakt festzustellen ist, kommen nur selten und unter besonders günstigen Umständen, wie die Kulturversuche lehren, kleine, äusserst zarte und kurze Stäbchen vor, so ist es keine Frage, dass der Nachweis dieser Bildungen in den anatomischen Präparaten nach 2 Richtungen Schwierigkeiten bereiten wird: In den frischen Präparaten werden wir Gefahr laufen, diese „tanzenden Körnchen“ für unorganische zu halten, welche durch Molekular-Bewegung eine gewisse Aehnlichkeit mit organisirten Körpern erlangen. Im gehärteten Präparate aber wird es noch schwieriger sein, diese Bildungen von anderen körnigen Massen zu unterscheiden, welche namentlich in dem schnell zerfallenden Tuberkel in reichlicher Menge vorhanden sind und zum Theile für Albuminpartikel, zum Theile für Fett gehalten werden. Ausserdem dürfte auch das Vertrauen, welches man den gegenwärtig geübten Erhärtungsmethoden entgegenzubringen pflegt, für diese und andere zartere Formen von Schistomyzeten nicht gerechtfertigt sein; wenigstens haben wir uns wiederholt überzeugt, dass weder die Chromsäure, noch der Alkohol in diesen Fällen allen Anforderungen entspricht. Vielmehr zeigte es sich gar nicht selten, dass die zarteren Stäbchen der Monadinen in vielen Fällen diesen Einwirkungen keineswegs widerstehen. Vielleicht, dass die in der neueren Zeit so viel-

fach mit Glück geübten Färbemethoden noch eine Substanz entdecken lassen, welche als zuverlässiges Reagens benützt werden kann. Bis eine solche gefunden, werden wir uns daher auf die Untersuchung des frischen Objektes beschränken müssen. — Was ergibt nun die Untersuchung des frischen Tuberkels? — In einer grossen Reihe von Fällen habe ich gefunden, dass ausnahmelos neben den zelligen Elementen, von denen hier nicht die Rede sein soll, zahlreiche feine Körnchen vorhanden sind, welche in geeigneten Flüssigkeiten lebhafte Bewegungen zeigen; die einen derselben sind ohne jede weitere chemische Untersuchung schon an ihrem stärkeren Glanze mit grosser Wahrscheinlichkeit als Fetttröpfchen zu bezeichnen; die anderen sind zu klein, als dass dieses Kriterium angewendet werden kann. Achtet man nun genauer auf die Art ihrer Bewegungen, so ist es nicht schwer, gewisse Differenzen zwischen den Bewegungsformen der beiden Arten von Körnchen zu bemerken. Während die grösseren, fettig glänzenden oft längere Zeit ruhig bleiben, um dann oft scheinbar spontan ein wenig vorwärts zu rücken oder auch sich im Bogen zu drehen, befinden die kleinen Körperchen sich in unausgesetzter Ortsveränderung, bald schliessend, bald drehend; oft sieht man dieselben sich an ein grösseres Körperchen anlegen und demselben eine kürzere oder längere Zeit dauernde Bewegung mittheilen. Kurz, man gewinnt bei längerer Beobachtung die Anschauung, dass es sich um zwei ganz verschiedene Reihen von Bewegungen handelt, von denen die einen, welche nur an den grösseren Körperchen hervortreten, augenscheinlich einen passiven, mitgetheilten Charakter besitzen. Man könnte nun annehmen, dass diese verschiedene Intensität der Bewegung von den verschiedenen Widerständen abhängen möchte, welche die Grösse und Schwere der Körperchen der unbekannten bewegenden Ursache entgegensetzen möchte. Allein diese Annahme würde nicht die Verschiedenartigkeit der Bewegung erklären, namentlich nicht die bedeutenden Lokomotionen der kleinen Körperchen, welche oft ganz unabhängig von ihren Nachbarn stattfinden. Indem hierdurch die Möglichkeit nahe gelegt war, dass es sich theilweise um spontane, d. h. aus internen Kräften der Körper hervorgehende Bewegung handeln möchte, lag es nahe, Versuche anzustellen, welche diese Frage direkt zu entscheiden im Stande wären. Da alle organische Bewegung an die Anwesenheit kontraktilen Protoplasma's gebunden ist, muss eine solche mit dem Momente aufhören, in dem diese Lebenseigenschaft schwindet, sei es vorübergehend, sei es für die Dauer. In der Anwendung höherer Temperaturen besitzen wir bekanntlich ein leicht und exakt anwendbares Mittel zur Entscheidung dieser Frage und habe ich mich auf diesem Wege in der That davon überzeugt, dass eine Reihe derjenigen Bewegungsvorgänge, welche man gewöhnlich als molekulare bezeichnet, mitgetheilte sind, entweder durch in der Flüssigkeit erregte Strömungen, welche um so wirksamer sein müssen, je labiler die Lage der in der Flüssigkeit suspendirten Körperchen, d. h. je geringer der Unterschied im spezifischen Gewicht beider Substanzen ist; oder durch spontane Bewegung seitens organisirter Körper. Die ersteren Formen der Bewegung, die am häufigsten durch Anstösse, durch Verdunstung der Flüssigkeit oder durch Temperaturschwankungen hervorgebracht werden, lassen sich im mikroskopischen Präparate vermeiden und bleiben dann nur die spontanen Bewegungen und die von diesen mitgetheilten übrig. Einkitten der Präparate, feste Aufstellung des Mikroskopes, Fernhalten jeder Berührung seitens des Beobachters, gleichmässige Temperatur der Umgebung genügen in der That, um viele Bewegungen kleiner Körperchen in Flüssigkeiten, die nicht gar zu geringe Widerstände darbieten, in kurzer Zeit aufhören zu lassen. In unserem Objekte tritt nun eine sehr charakteristische Sonderung der Körperchen ein, indem die Fetttröpfchen vermöge ihres geringeren spezifischen Gewichts sich sehr bald an der Unterfläche des Deckglases ansammeln, während in den tieferen Schichten die rapiden Wirbel der kleinen Körperchen ungestört fortdauern. Als Zusatzflüssigkeit habe ich gewöhnlich Eiweiss benützt, das leicht zu jeder Zeit frei von Verunreinigung gewonnen werden kann. Als Vergleichsobjekt habe ich dann trübe Molke benützt, in welcher wegen der grösseren Fetttröpfchen der ganze Vorgang leichter übersehen werden kann. Ich empfehle dieses Objekt Denjenigen, welche die Versuche wiederholen wollen. Hat man nun von diesem Objekte 2 bis 3 Präparate hergestellt, dieselben mit dem hierzu vortrefflichen Kolophonium-Kitt verschlossen, so kann man folgenden Versuch anstellen, welcher unzweifelhaft die Vermuthung beweist, dass in beiden Fällen theils passive, mitgetheilte Bewegungen der Körperchen, theils aber auch aktive, auf der Kontraktilität der-

selben beruhende vorhanden sind. Ein Versuch aus vielen sei hier nach meinem Tagebuche mitgetheilt: Am 16. Juli wurden 2 mikroskopische Präparate in vorher erwähnter Weise angefertigt, und zwar von trüber Molke, welche Fetttröpfchen, kleinste wirbelnde Körper und einige schwach entwickelte Bacillen enthielt. a kam auf den geheizten Objekttisch um 10 Uhr Vormittags bei 48° C., b zu derselben Zeit in ein grosses Luftbad mit der Temperatur von 63°. Um 1 Uhr 15 bis 30 Min. untersucht, zeigt sich in dem letzteren Präparate nur die Bewegung der Bacillen, welche früher eine kahnartig, in langen Windungen fortschreitende war, verlangsamt, in eine vacillirende verwandelt. Die Bewegung der Körnchen und Fetttropfen ist unverändert geblieben. Um 11 Uhr 30 Min. kömmt das Präparat wieder in das Luftbad, dessen Temperatur wegen der Eröffnung auf 60° herabgegangen ist. Bis Nachm. 1 Uhr 15 Min. wird diese Temperatur festgehalten, dann steigt sie allmählig bis 4 Uhr 15 Min. auf 65°. Erneute Untersuchung des Präparats b ergibt Folgendes: Vollständige Ruhe der kleinsten noch wohl erkennbaren Körperchen und ebenso der Fetttropfen. Einige der Bacillen zeigen noch ganz geringe, schwankende Bewegungen. Um dieselbe Zeit hatte der Wärmetisch eine Temperatur von 48,7° C.; das auf demselben ununterbrochen gebliebene Präparat a enthält äusserst zahlreiche kleinste, bewegliche Körperchen, die Fetttropfen in lebhaftester, taumelnder Bewegung. Die Nacht über bleiben beide Präparate bei 24° C. Am folgenden Morgen ist a unverändert, in b wieder einige kleinste bewegliche Körperchen, doch stellt sich auch bei längerem Erwärmen auf 39° die Bewegung nicht vollständig her. In a, welches den 2. Tag über und die folgende Nacht im Luftbade bei einer bis 70° steigenden Temperatur geblieben war, ist nun gleichfalls jede Bewegung definitiv aufgehoben. Noch jetzt, nach mehr als einem Vierteljahre, hat sich in diesen Präparaten keine Bewegung wiederhergestellt; die Fetttröpfchen sind zu grösseren, blassen Tropfen zusammengeflossen. In anderen weniger lange der höheren Temperatur ausgesetzten Präparaten stellte sich die Bewegung der kleinen Körperchen wieder her. Ich will aus diesen Versuchen nur schliessen, dass manche derjenigen Bewegungserscheinungen, welche man als Molekularbewegung zu bezeichnen geneigt sein möchte, als Kontraktilitätsphänomene oder mitgetheilte Bewegungen zu betrachten sind. Es wird also in jedem solchen Falle untersucht werden müssen, ob nicht derartige Verhältnisse vorhanden sind, und das angeführte Beispiel zeigt eine der Methoden, mittelst deren diese Frage gelöst werden kann. Es ist dieses auch die Methode, durch welche ich mich überzeugt habe, dass die Bewegung der körnigen Massen, welche in jedem Tuberkel vorkommen und leicht durch Zerrupfen gewonnen werden können, durch kontraktile Körper hervorgerufen wird, zum Theile diesen selbst angehört, zum Theile eine mitgetheilte ist. Auch durch Essigsäure, und zwar in der Verdünnung von 1:6, kann diese Bewegung aufgehoben werden. Was die Beschaffenheit und systematische Stellung dieser im Tuberkel gefundenen und ausserhalb des Organismus kultivirten Mikroorganismen betrifft, so bietet die sichere Feststellung dieser Eigenschaften wegen ihrer äussersten Kleinheit Schwierigkeiten dar, und betrachte ich diese Untersuchung noch nicht für abgeschlossen. Nur soviel sei bemerkt, dass man in Tuberkeln fast nur kleinste, bewegliche Körperchen antrifft, deren Durchmesser eben ihrer Kleinheit wegen direkt nicht bestimmt werden kann, sondern nur annäherungsweise auf 0,2 bis 0,5 Mikre geschätzt werden mag, wobei die grosse Unsicherheit einer solchen Schätzung keineswegs verhehlt werden soll. Am reichlichsten entwickelt habe ich diese Körperchen in den Fällen akutester Erkrankung angetroffen, namentlich in solchen, in denen noch keine diskreten Tuberkel in dem betreffenden Theile entstanden waren. So in einem Fall von akuter Miliartuberkulose, in welchem die Pia des Rückenmarks eine diffuse Durchtränkung mit einer trüben, aber noch nicht eiterigen Flüssigkeit darbot, daneben fanden sich: chronische Tuberkulose der Bronchialdrüsen, miliare der Lungen, Milz, Leber und Nieren. Die Patientin, eine kräftige Landarbeiterin, hatte vor einem halben Jahre geboren und war bis vor 3 Wochen anscheinend vollständig gesund gewesen. Damals erkrankte sie bei schwerer Arbeit auf dem Felde und grosser Hitze unter Erscheinungen, welche zuerst als Sonnenstich gedeutet wurden, denen aber bald diejenigen einer Cerebrospinal-Meningitis folgten".

(Schluss folgt.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 49. *Erlangen*, am 8. Dezember 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Lehre von den gleichzeitigen Verletzungen der Luftröhre und Speiseröhre. Ueber Skorbut. Blutstillungsmittel bei Metrorrhagie. Beschaffenheit der Hydatiden an den Adergeflechten des Gehirnes. Zur Lehre von der Tuberkulose (Schluss). Entstehung und Verbreitung akuter Miliartuberkulose.

Ein grösserer Aufsatz von Dr. Max Schüller zu Greifswalde „zur Lehre von den gleichzeitigen Verletzungen der Luftröhre und Speiseröhre“ ist von ausserordentlicher Wichtigkeit und allen Chirurgen zum eingehenden Studium zu empfehlen. Man hat diese Verletzungen früher für sehr gefährlich gehalten und auch noch in neuester Zeit sie als sehr bedenklich hingestellt. Allerdings sind diejenigen Verletzungen, bei welchen gleichzeitig die grossen Gefäss- und Nerven-Stämme mit verletzt sind, von höchst ominöser Bedeutung und werden meistentheils rasch zum Tode führen. Doch werden die grossen Gefässe und Nerven bei Selbstmordversuchen, die das grösste Kontingent zu den in Rede stehenden Verletzungen liefern, ausserordentlich selten getroffen, da, wie schon Luschka hervorhob, die Bäuche der Kopfnicker, namentlich bei stark zurückgebeugtem Kopfe, dieselbe schützen und in der von den Selbstmördern vorzugsweise getroffenen Gegend vom Zungenbeine bis zum Ringknorpel die grossen Gefässe weiter entfernt vom Larynx gelegen sind; an den unteren Partieen des Halses liegen die Gefässe verhältnissmässig ungünstiger. Während dieser Satz vorzugsweise von den Schnittwunden gilt, sind Stich- und Schusswunden viel gefährlicher, da bei ihnen die gleichzeitige Läsion der Nerven- und Gefäss-Stämme sich schwerer vermeiden lässt; besonders gilt dies von den Schussverletzungen, wiewohl auch hier isolirte Verletzungen des Kehlkopfes und der Speiseröhre beobachtet worden sind, die in ihrer Mehrzahl zur Heilung gelangten. Während nach Dieffenbach und Malgaigne die Halswunden bei Selbstmördern meistens den Kehlkopf betreffen, halten Sabatier, Blandin und G. Fischer ihr Vorkommen in dem Raume zwischen Zungenbein und Schildknorpel für häufiger. — Nach statistischen Zusammenstellungen hierhergehöriger Fälle wird die Luftröhre häufiger getroffen als die Speiseröhre, was sich durch die gedeckte Lage der letzteren, theilweise aber auch dadurch erklärt, dass die Speiseröhre den Geschossen leichter ausweicht als die Luftröhre. Die Ausdehnung der Verletzungen ist nur bei Stichwunden und ausnahmsweise sonst, z. B. bei Pfeilschüssen, eine geringe, während sie sonst ziemlich beträchtlich ist und man sogar beide Kanäle vollständig durchtrennt findet. Eine vollständige Durchtrennung bis auf die Wirbelsäule, jedoch ohne Verletzung der Gefässe, fand in fünf Fällen Statt, welche von Paré, Rust, Lüders, Dupuytren und Henschen beobachtet wurden; in drei dieser Fälle erfolgte der Tod vom 3. bis 11. Tage nach der Verletzung, während in den beiden anderen innerhalb weniger Wochen Heilung eintrat. Von 35 Fällen, in welchen man es mit Schnittwunden zu thun hatte und bei welchen der Kehlkopf oder die Luftröhre grösstentheils oder ganz und vom Schlundkopfe beziehungsweise von der Speiseröhre die vordere Wand eröffnet war — in einzelnen Fällen hingen

beide Enden der Speiseröhre nur noch durch eine dünne schmale Brücke zusammen — endeten nur vier tödtlich; in 27 Fällen erfolgte völlige, in vier Heilung mit Hinterlassung von Fisteln. Von acht Schussverletzungen wird in zwei Fällen die Verletzung als eine geringe bezeichnet, genaue anatomische Angaben fehlen. Meist war die Luftröhre (gewöhnlich in der Kehlkopfgegend) erheblicher zerrissen, die Speiseröhre an ihrer vorderen Wand oder seitlich verletzt; meistentheils hatte die Kugel aber ihren Weg zwischen beiden Kanälen hindurch genommen. Bei den Schussverletzungen trat übrigens relativ rasch vollkommene Heilung ein. In einem Falle verlief die Verletzung nach drei Wochen tödtlich in Folge von Inanition, während in einem anderen eine grosse Luft- und Speise-Röhrenfistel zurückblieb. — Die Symptome sind ähnlich wie bei den Verletzungen der Luftröhre; das Athmen findet durch die Wunde Statt. Wenn die Wunde sich unterhalb der Glottis befand, so konnte der Verletzte — wohl in Folge der Lähmung der Nervi recurrentes — bei Verschluss der Luftröhrenwunde nicht durch den Mund athmen. Lag die Wunde im Bereiche der Zungenbein-Schildknorpelgegend, so konnte Patient bei geschlossener Wunde sprechen, in der Regel sogar mit lauter Stimme. Bei totalen Durchschneidungen ziehen sich Speise- und Luftröhre stark zurück, so dass die unteren Enden, besonders während des Respirationsaktes, vollständig unter den Weichtheilen beziehungsweise hinter dem Brustbeine verschwanden. In allen Fällen floss beim Versuche zu schlucken das Genossene zum Theile in die Luftröhre und erregte hier starken Hustenreiz, jedoch wurden bedrohliche Erscheinungen in Folge dessen nur selten beobachtet. Ueberhaupt bezeichnet Verf. die Angaben von der Häufigkeit und Nothwendigkeit der sogenannten „Schluckpneumonieen" als entschieden übertrieben, da keineswegs das Einfliessen von Speisetheilen unabwendbar zur Entzündung der Bronchien und Lungen führen muss, wie Verfasser dies auch durch Versuche an Thieren festgestellt hat. Dieselben vertrugen Injektionen von relativ indifferenten Stoffen auffallend gut, wenn die Injektionen langsam und immer nur in kleinen Portionen erfolgten. Gleichwohl ist er entfernt davon, die Möglichkeit der Schluckpneumonieen zu leugnen, aber er hält sie auch in den Fällen, in welchen alle Bedingungen ihrer Entstehung günstig sind, für selten. Bei den in Rede stehenden Verletzungen ist mehrfach die Beobachtung gemacht worden, dass das Schlingen leichter von Statten ging, wenn der Kopf nach vorne, mit dem Kinne gegen die Brust gebeugt, gehalten wurde, da dann bei kleineren Wunden der Speiseröhre zuweilen gar nichts ausfloss. Das Schlingvermögen stellt sich übrigens relativ rasch nach der Verletzung wieder her; ebenso erfolgt die Heilung der Speiseröhrenwunde viel schneller als die der Luftröhrenwunde. Nach Heilung der Wunden war auch in den meisten Fällen die Stimme wieder klangvoll und laut geworden. — Was den Heilungsvorgang anlangt, so ist er für die Luftröhrenwunden nicht wesentlich anders als bei den durch Tracheotomie gesetzten. Von besonderem Interesse ist aber der Heilungsvorgang für die Speiseröhre, da die Heilung nur in einzelnen wenigen Fällen durch die Naht der Schnittränder eingeleitet wurde, vielmehr die Heilung spontan von den Wundwinkeln her erfolgte; wenn aber die Speiseröhre völlig durchtrennt war, geschah dies wahrscheinlich durch Neubildung von einem die Lücke zwischen beiden weit auseinander gewichenen Enden ausfüllenden Zwischengewebe, wodurch die Kontinuität der Speiseröhre und ihre Funktion vollständig wieder hergestellt wurde. Aus einem ganz genau von Lüders beobachteten Falle geht mit Bestimmtheit hervor, dass der Oesophagus an der Stelle der Durchschneidung vollständig neu gebildet wurde; die Neubildung entwickelte sich aus einem Granulationsgewebe, welches theils von den Wundrändern und dem umgebenden Gewebe, theils von dem auf der Wirbelsäule befindlichen Zellgewebe entsprosste. Dieser Heilungsvorgang, der bisher noch nicht genügend berücksichtigt ist, findet seine Analogie bei der Heilung von Wunden der Urethra. Schüller macht hierbei darauf aufmerksam, dass in derselben Weise, wie man diesen Heilungsvorgang schon bei den Strikturen der Harnröhre zur Erzeugung eines neuen Stückes Urethra praktisch verwerthet hat, man diesen Prozess auch in Fällen von erreichbaren Strikturen des Oesophagus wird benutzen können und man wird sich unter Umständen vor einer partiellen oder selbst totalen Exzision der strikturirten Partie nicht zu scheuen brauchen. So hat Verfasser schon bei Hunden 1—2 Ctm. breite ringförmige Stücke aus der Speiseröhre ausgeschnitten und die Enden mittelst der Darmnaht vereinigt und verheilt. — Hiernach ergibt sich für die Prognose der gleichzeitigen

Luft- und Speise-Röhrenverletzungen ein günstiges Verhältniss, da unter den 48 vom Verfasser zusammengestellten Fällen sich nur acht Todesfälle befinden; hiervon kommen drei auf die vollständige Durchtrennung beider Kanäle, 4 auf mehr oder weniger unvollständige und einer auf eine Schussverletzung. Es ergibt sich hieraus für die Mortalität nach vollständigen zu der nach unvollständigen Trennungen ein Verhältniss von 60:11, was schlagend beweist, wie werthvoll das Stehenbleiben auch der kleinsten Brücke ist. Hinsichtlich der Häufigkeit des Glottisödems, das die Autoren so sehr befürchten, ergibt die Zusammenstellung keine oder sicher doch nur vereinzelte positive Thatsachen. Funktionelle Störungen sind über Erwarten selten beobachtet worden. — Was zunächst die Funktionsstörungen der Speiseröhre anbelangt, so ist eine Striktur in diesen Fällen nimmer beobachtet worden und es haben sich niemals Schlingbeschwerden wahrnehmen lassen, was sich dadurch erklärt, dass man es meistentheils mit Schnittwunden zu thun hat, und dass, wie eben erwähnt, die Reproduktion eines mit Schleimhaut bedeckten Zwischengewebes eine so ausserordentliche ist. Oefter dagegen sind nach diesen Verletzungen Fisteln der Speiseröhre zurückgeblieben, wiewohl verhältnissmässig immer selten. Sie sind, wie in der Natur der Sache liegt, eigentlich Luft- und Speise-Röhrenfisteln und Schüller hat in der Literatur nur vier derartige Fälle gefunden, welchen er einen fünften von ihm selbst beobachteten Fall anreiht, in dem der Verschluss der Fistel durch eine Art von Oesophagoplastik gelang. Diese vier Fälle sind von Trioen, Dupuytren, Gairdner und Henschen beobachtet worden. Einen von Bienvenu erwähnten Fall hält Verfasser für zweifelhaft. Dagegen glaubt er mit Wahrscheinlichkeit noch einen von Ried als „Luftfistel" gedeuteten Fall hierher zählen zu können. Die in Rede stehenden Fisteln kommen in zwei Formen vor. Entweder kommuniziren Luft- und Speise-Röhre nur durch eine lippenförmige Fistel mit der äusseren Luft, welcher Kategorie naturgemäss nur die zwischen Zungenbein und Schildknorpel liegenden Fisteln angehören können — die genauer also Larynx-Pharynx-Fisteln sind — oder aber, und zu diesen zwei Kategorieen gehören die tiefer gelegenen Fisteln — es finden sich zwei Fistelöffnungen. Hier sind nun wieder zwei Fälle möglich. Entweder sitzt die zur Speiseröhre führende Fistelöffnung im Grunde der fistulös geöffneten Luftröhre, so dass also beide Kanäle durch eine kurze kleine Oeffnung kommuniziren, während die Luftröhre mit der äusseren Luft durch eine etwas grössere Oeffnung in Verbindung steht, oder es klafft die in die Lichtung der Speiseröhre führende Fistel in Form einer grösseren scharfrandigen Spalte. Diese sitzt im Grunde einer breiten, die vordere Wand der Luftröhre einnehmenden trichterartigen, nach abwärts in die Luftröhre führenden Oeffnung. Diese Form bildet einen Uebergang zu der auch in Schüller's Fall beobachteten, bei welcher die Luftröhrenfistel durch eine schmale Wand von der der Speiseröhre getrennt auf der äusseren Haut mündete. Eine solche Form ist ohne Unterbrechung der Kanalisation der Luftröhre nicht verständlich. Was die Ursachen der Fistelbildung anlangt, so bietet die Kasuistik hierüber nur wenig Positives dar und ebensowenig lassen sich brauchbare Momente aus der Lokalität der Verletzung und dem Alter wie der Konstitution des Verletzten entnehmen. Die Bildung einer Speiseröhrenfistel muss man als unglücklichen Zufall bezeichnen, da sie ja im Verhältniss zur vollkommenen Heilung nur selten auftritt, und ferner in Betracht der konsekutiven Funktionsstörungen. Aus diesem Grunde war es ein sehr glücklicher Gedanke Dupuytren's, die Fistel plastisch zu verschliessen, wiewohl sein erstes Verfahren nicht gelang. Die zum Verschlusse der Fistel zu wählende Methode wird durch den Sitz der Fistel wie durch deren Form und Grösse bestimmt. Sitzt die Fistel zwischen Zungenbein und Schildknorpel, so sind die Schwierigkeiten, sie zu verschliessen, nicht grösser als bei grossen Tracheal- oder Larynxfisteln, und es dürfte sich hier als zweckentsprechend erweisen, den Verschluss durch Transplantation eines Lappens zu bewirken, für den man jedoch ein geeignetes „Unterfutter" schaffen müsste, da die schlaffe Halshaut mit ihrem gering entwickelten Unterhautbindegewebe leicht schrumpft. Man würde — ähnlich wie es Balassa zum Verschlusse einer Kehlkopffistel mit Erfolg that — einen gestielten doppelten Lappen, dessen wunde Flächen sich berühren, anwenden oder man kann einen grossen gestielten Lappen aus der Nachbarschaft auf die in möglichst breiter Ausdehnung der Fläche nach blutig angefrischten Narbenränder der Fistel aufnähen, wie es Ried in seinem oben erwähnten Falle that. Dagegen ist die Aufgabe eine erheblich schwierigere, wenn die Luft-Speiseröhrenfistel

tief sitzt. In solchen Fällen ist es nothwendig, zunächst die Kommunikation zwischen Luft- und Speise-Röhre zu beseitigen, dann den Verschluss der Luftfistel herbeizuführen und endlich noch den Fehler in der Kanalisation der Luftröhre zu beseitigen, da in allen Fällen oberhalb der Fistel eine Stenose des Larynxrohres bestand. In dem von Henschen mitgetheilten Falle war die Kommunikation nach der Speiseröhre von nur geringer Grösse. In solchem Falle würde man vielleicht mit der Schnürnaht nach Dieffenbach oder wiederholten Aetzungen zum Schlusse dieser Oeffnung gelangen und später bliebe noch der Verschluss der Luftfistel übrig. Wo aber eine grosse Speiseröhrenfistel vorhanden ist, da bedarf es der Oesophagoplastik nach Hueter, dessen Verfahren in erster Linie empfohlen werden muss; in zweiter Reihe wäre das oben geschilderte Verfahren von Ried am Platze. (Schluss folgt.)

H. Wegscheider theilt ausführlich zwei tödtliche Fälle von Skorbut mit, welche kurz hintereinander im Augusta-Spitale zu Berlin (auf der Abtheilung des Herrn Prof. Senator) zur Beobachtung kamen, der eine bei einem Nadler von 33, der andere bei einem Metelldrucker von 37 Jahren. In keinem der beiden Fälle war irgend eines der bekannten ätiologischen Momente nachweisbar. Der erste Fall hatte eine Dauer von nur 15 Tagen, verlief in den letzten fünf Tagen, während welcher er beobachtet wurde, mit mässigem Fieber und zeigte sonst nichts Bemerkenswerthes bis zum Tode. Diesem selbst gingen mehrere Stunden vorher Bewusstlosigkeit, tetanische Krämpfe voraus und eine dem Cheyne-Stokes'schen Typus ähnliche Athmung. Die Sektion ergab unter Anderem einen ausgedehnten Bluterguss an der Basis des Gehirnes, der von da in die Gewebe des linken Oberlappens eindrang, beide Hirnschenkel in grosser Ausdehnung zerstörte, ebenso den inneren Theil des Corpus striatum und Thalamus opticus linkerseits. In beiden Seitenventrikeln fand sich viel Blut, ein Bluterguss im rechten Corpus striatum und Thalamus opticus und im 4. Ventrikel. Hirngefässe zart und dünnwandig. Der zweite Fall verlief mit abwechselnder Besserung und Verschlimmerung 7 Monate lang, zeitweilig war Fieber vorhanden, welches die letzten Wochen vor dem Tode beständig blieb und mit Temperaturen bis über 40° einherging. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab auf beiden Netzhäuten punktförmige Blutaustritte längs den Gefässen. Ausserdem ist aus dem Sektionsbefunde nur noch starke Verfettung des Herzens und der Leber zu erwähnen. In den hämorrhagischen Herden des Herzfleisches wurden bei der mikroskopischen Untersuchung Bakterien gefunden. — Weiters hat Hohlbeck genaue Harnanalysen angestellt in acht Fällen von Skorbut, von denen einer einen 14jährigen Knaben, die anderen erwachsene Männer von 21—27 Jahren betrafen. Sie verliefen theils ganz fieberlos, theils mit geringem Fieber. Er zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: Beim Skorbut lassen sich nach dem Harne zwei Perioden unterscheiden: 1) mit Zunahme der Symptome, Fiebererscheinungen, Verminderung des Appetites und 2) der Abnahme der Symptome ohne Fieber. In der ersten Periode zeigt der Harn eine Abnahme der Menge bis fast auf die Hälfte der Norm, Abnahme der Chloride bis fast zum völligen Verschwinden, dagegen Zunahme des Gewichtes und der Farbstoffe und eine relative Zunahme des Kali im Verhältnisse zum Natron; es betrug nämlich im Mittel 1:3,3, nach der Genesung dagegen 1:5,0. Die Zunahme des Kali kann nach Hohlbeck nicht von vermehrter Zufuhr herrühren, sondern nur vom gesteigerten Zerfalle der Blutkörperchen wie im Fieber. In der zweiten Periode nähern sich die Menge und Bestandtheile des Harnes allmählig der Norm. (Centralblatt f. d. medix. Wissensch., 1877, Nr. 46.) —

Dr. Wilhelm Jakesch zu Prag führt 22 Fälle aus der Prager Klinik an, in welchen das heisse Wasser als Blutstillungsmittel bei Metrorrhagieen in Anwendung kam. Er hebt hervor, dass diese Methode schon von Trousseau in die gynäkologische und geburtshilfliche Praxis eingeführt, in der neueren Zeit aber namentlich vom amerikanischen Arzte Dr. Emmet empfohlen wurde und seitdem auch in Europa vielfache Nachahmung gefunden hat. So hat Dr. Landau aus der Breslauer gynäkologischen Klinik eine Reihe von günstigen Fällen veröffentlicht und eben so befriedigende Resultate hat auch Dr. Windelband bei allen Arten von Gebärmutterblutung mit der fraglichen Methode erzielt. Die Temperatur

des Wassers wurde von Jakesch stets gemessen, was auch Windelband und Runge gethan haben. Nur zwei Mal trat der gewünschte Erfolg nicht ein. In dem einen dieser beiden Fälle war aber die Temperatur des Wassers nur 38° R. gewesen, während sie sonst immer wenigstens 40° betragen hatte; hier wurde darauf Kälte angewendet. Bei dem anderen Falle war eine puerperale Infektion im Spiele, an deren Folgen die Frau endlich zu Grunde ging; hier musste, da das heisse Wasser nur vorübergehenden Erfolg hatte, zur Tamponade geschritten werden. Dass der heisse Wasserstrahl heftige Wehen zu erregen vermag, davon überzeugte sich Jakesch in einem Falle, in welchem er einen Finger an die Gegend des inneren Muttermundes brachte, während das heisse Wasser eingespritzt wurde, und sofort heftige Kontraktionen empfand. In keinem seiner Fälle, in welchen Erfolg erzielt wurde, zeigten sich im Wochenbette krankhafte Erscheinungen. Verf. hält diese Blutstillungsmethode jedenfalls für eine sehr zu empfehlende, da sie gefahrlos und auch leicht zu beschaffen ist; sie kann ebenso auch auf andere als puerperale Blutungen des Uterus Anwendung finden, was schon durch die Erfahrungen Emmet's, Windelband's u. A. bewiesen worden ist. — Auch Dr. Max Runge zu Strassburg hat sich mit dem vorliegenden Gegenstande praktisch beschäftigt und aus seinen Beobachtungen geht hervor, dass die Einspritzung von heissem Wasser bei uterinen Blutungen zuweilen allerdings einen ausgezeichneten Erfolg nicht bloss auf die Blutung selbst, sondern oft auch auf das ganze Befinden der betreffenden Kranken ausübte, dass diese Methode aber durchaus nicht bei allen uterinen Blutungen gleich günstig wirkt, sondern eine Spezialisirung der Fälle unbedingt nothwendig ist. Runge fand die Wirkung des heissen Wassers am vorzüglichsten bei atonischen Blutungen nach der Geburt; bei Anwesenheit von Tumoren, wenn diese die Ursache zur Blutung abgaben, hatte diese Methode nur einen vorübergehenden Erfolg. In denjenigen Fällen endlich, in welchen Placentarreste zurückgeblieben waren, trat die Wirkung meist erst dann ein, wenn diese Reste aus dem Uterus entfernt worden waren. Das heisse Wasser vermochte eben nicht, die zur Ausstossung der Placentarreste erforderlichen Kontraktionen des Uterus anzuregen. Runge wendete die fragliche Methode in 20 Fällen an; hierunter waren 10 Fälle mit atonischer Blutung post partum, 7 Fälle mit Blutung nach Abortus oder Geburten mit Retention von Placentarresten und endlich drei Fälle von Blutungen bei Neubildungen des Uterus. Die Applikation des heissen Wassers geschah auch hier mittelst des Irrigators. Das Wasser hatte eine Temperatur von 38—41° R.; im Allgemeinen wurde eine Temperatur von 40° gut vertragen, nur manche Personen klagten über Brennen am Damme oder im Leibe. Waren zufällige Verletzungen der Genitalien vorhanden, so musste zuweilen wegen allzu heftiger Schmerzen vom heissen Wasser ganz Abstand genommen werden. Unter den 10 Fällen von atonischer Blutung war bei zwei der Erfolg ein wenig sicherer, in einem dritten Falle fehlte sogar jeder Erfolg. Dagegen war bei zwei anderen von diesen zehn Fällen die Wirkung eine geradezu glänzende. Ueber den Erfolg bei den 7 Fällen der zweiten Gruppe wurde schon erwähnt, dass das heisse Wasser erst nach Entfernung der Placentarreste rasche Wirkung hatte. In einem derselben, in welchem die ganze Placenta durch Striktur des Muttermundes zurückgehalten wurde, war das heisse Wasser geradezu von schädlichem Einflusse, insoferne nämlich durch dasselbe die Striktur nur noch vermehrt wurde und die Blutung doch nicht stand. Die dritte Gruppe endlich umfasst drei Fälle; in zwei derselben handelte es sich um Fibroide, in dem dritten um Carcinoma colli uteri. Das heisse Wasser hatte in diesen Fällen nur eine vorübergehende Wirkung, in dem letzteren Falle musste daher zur Tamponade und später zum Ferrum candens gegriffen werden. Schliesslich macht Runge noch darauf aufmerksam, dass er den Uterus nach einer Einspritzung mit heissem Wasser nie so hart fand als derselbe nach einer normalen Geburt sich anfühlt. (Schmidt's Jahrbücher f. d. ges. Medizin, 1877, Nr. 9.) —

Gegenüber Luschka und Rokitansky, welche die Hydatiden an den Adergeflechten des Gehirnes für kystisch entartete Plexuszotten halten, und besonders gegen E. Häckel, welcher jene Bläschen für Bindegewebsneubildungen mit nachträglicher Verflüssigung der Zellen anspricht, kam Dr. Schnopfhagen zu dem Resultate, dass in jenen Kystchen einfach hydropisch erweiterte Binnenräume des Piagewebes (subarachnoideale Räume) vorlägen. Vorzugsweise be-

gleiten die Hydatiden den Verlauf der grösseren Venen und der kleineren Arterien der Zotten; die beiden Blätter der pia Mater, an welchen die Gefässschlinge wie der Darm am Mesenterium hängt, weichen in Folge von behindertem Ab- oder vermehrtem Zuflusse von Gewebsflüssigkeit auseinander. So kommt es, dass die Gefässe, welche in der Kystenwand hinziehen, an Weite, Ursprung und Verlauf den normalen Plexusgefässen gleich, und nicht als neugebildete zu betrachten sind; so versteht sich der klare wässerige, oft von Bindegewebsbalken durchzogene Inhalt, so die Epitelauskleidung der Hohlräume, welche durchaus identisch mit dem äusseren Epitelbelag der Plexuszotten ist. (Sitzungsber. d. k. Akad. d. Wissensch., LXXIV. III. Abth.)

Prof. E. Klebs: Ueber Tuberkulose (Schluss des in Nr. 48 S. 384 abgebrochenen Aufsatzes). „Mein Tagebuch am 26. Juni ergibt Folgendes bezüglich der Untersuchung der spinalen Flüssigkeit: „„Enorme Mengen kleinster, beweglicher Körperchen auf der Dura spinalis nebst verfetteten Endotelien; sehr zahlreiche ähnliche Körperchen auch im Blute neben zahlreichen Bruchstücken rother Blutkörperchen; die kleinsten, von 1 Millm. Durchmesser, sind noch leicht kenntlich an ihrer rothen Farbe. Auch kleinere rothe Blutkörperchen von 3 Millm. Durchmesser und zackiger Beschaffenheit sind in grosser Zahl vorhanden, relativ wenige mittelgrosse von 6—7 Mm. Durchmesser, die Geldrollen bilden. So vereinigt sich hier das Bild der progressiven perniziösen Anämie mit demjenigen der Miliartuberkulose. Die Zerstörung rother Blutkörperchen ist der ersteren nicht ausschliesslich eigenthümlich"". Es ist gewiss von grossem Interesse, dass hier diese Bildungen neben sehr geringen Mengen von Lymph- oder Eiter-Körperchen vorgefunden wurden, die allerdings in der Pia Mater schon reichlicher vorhanden waren. Dass es später auch auf der Dura Mater zur Tuberkelbildung kommt, ist vielfach, besonders aber von Eberth, hervorgehoben worden. Ich möchte noch hinzufügen, dass die jüngsten Formen des Tuberkels, die man hier antrifft, nichts Anderes sind, als kleine Häufchen gewucherter, endotelialer Zellen. Dasselbe gilt auch für die ersten Anfänge der Tuberkelbildung auf dem Peritoneum und andern serösen Häuten. — Zu den Züchtungsversuchen wurden fast ausschliesslich Stoffe verwendet, welche geimpften Thieren entnommen waren. Diese letzteren waren zu verschiedenen Zeiten nach der Impfung getödtet, immer bevor stärkere Abmagerung eingetreten war; immer zeigten dieselben eine frische, nicht mit Entzündung komplizirte Affektion des Peritoneum. Kleine Knötchen oder auch peritoneale Flüssigkeit dienten zur Uebertragung der Tuberkulose auf die Kulturapparate. Bis jetzt wurde nur Eierweiss als Kultursubstrat angewendet. An der Oberfläche desselben treten dann zuerst Trübungen auf, die sich allmählig in die Tiefe fortsetzen, die Organismen, durch welche dieselben hervorgebracht werden, sind entweder ähnliche, kleinste Formen von Mikrokokken, wie sie in den Tuberkeln selbst vorkommen, oder kurze sehr zarte Stäbchen von höchstens 2 Mm. Länge und lebhafter Beweglichkeit. Man bemerkt keine Anordnung der ersteren in Ballen oder Zusammenlagerung der letzteren zu Platten. Sie unterscheiden sich hierdurch, vorausgesetzt, dass alle Formen ihrer Entwicklung zu unserer Kenntniss gelangt sind, sowohl von den Mikrosporinen, welche Ballen bilden, wie von den Monadinen, welchen sie allerdings vermöge der lebhaften Beweglichkeit der Bakterien und Mikrokokkenform nahe stehen. Geringe Mengen von den Produkten dieser Kulturversuche, in die Bauchhöhle von gesunden Thieren eingespritzt, führten ebenso zur Erzeugung von miliarer Tuberkulose des Peritoneums, wie dieses der Fall ist, wenn man genuine Tuberkulose an dem gleichen Orte implantirt. Als Beispiele für diesen Vorgang möge der schon oben erwähnte Versuch dienen. Die Tuberkel können von den grösseren, welche etwa 1 Mm. Durchmesser haben, bis zu den kleinsten, eben mit blossem Auge erkennbaren, leicht verfolgt werden. Immer liegen sie längs der Blutgefässe und sieht man dieselben gegen die kleineren Gefässe gleichfalls an Grösse abnehmen. Noch viel kleinere Formen aber lässt die mikroskopische Untersuchung erkennen, Gruppen, welche selbst bei starker Vergrösserung nur einen Theil des Gesichtsfeldes einnehmen. Diese bestehen aus relativ grossen Zellen von 12,3 bis 18,5 Mm. Durchmesser, mit Kernen von 9,8 bis 10,2 Mm. Durchmesser. Die Zellen sind im Ganzen rund, an den Rändern des Haufens etwas länglich. Die dünne, platte Beschaffenheit derselben, ihre grossen, bläschenförmigen Kerne entsprechen vollkommen den Eigenschaften der Endotelien, welche den

Maschen der Grundsubstanz des grossen Netzes ein- und angelagert sind. Durch Hämatoxylin treten die zarten membranartigen Ausbreitungen ihres Protoplasma's sehr deutlich hervor und kann man die ersten Anfänge ihrer Bildung leicht verfolgen, indem man stellenweise grössere Endotelplatten findet, welche Gruppen ähnlicher Kerne enthalten. Die Substanz dieser Zellen ist dann um Vieles blasser, als die der unveränderten. Weisse Blutkörperchen im freien Zustande kommen hier in derselben spärlichen Anzahl vor, wie in der normalen Peritonealflüssigkeit. Es liegt darum kein Grund vor, die Tuberkelzellen von ausgewanderten weissen Blutkörperchen abzuleiten, und betone ich auch hier ganz besonders die Differenz dieses Prozesses von den eigentlichen Entzündungen. Es handelt sich augenscheinlich um einen ächten Proliferationsprozess und muss die entzündliche Emigration weisser Blutkörperchen, wenn sie bei der Tuberkulose vorkommt, als eine Komplikation dieses letzteren Prozesses betrachtet werden. — Eine fernere bemerkenswerthe Eigenschaft dieser jüngsten hier besonders gut in ihrer feineren Zusammensetzung zu studirenden Tuberkel ist nun die konstante Anwesenheit feiner Körnchen zwischen den proliferirenden Endotelien. Manche derselben sind glänzend und erinnern an kleinste Fetttröpfchen, andere sind matter gefärbt. Die Deutung dieser letzteren Elemente des Tuberkels hat ihre Schwierigkeit, die aber in folgender Weise gehoben werden kann. Verfolgen wir in einem solchen Präparate die längs eines Blutgefässes angeordneten Tuberkel von den grösseren zu den kleineren, so gelangen wir endlich an Stellen, an denen Zellanhäufungen nicht mehr wahrzunehmen sind. Hier nun gewahrt man, am besten an frischen, dem eben gestorbenen Thiere entnommenen Präparaten, Körnerhaufen, welche dieselbe Lage, wie die vorher besprochenen Zellhaufen besitzen; sie liegen, wie diese, längs der Gefässe, aber nicht gerade ausschliesslich in der Adventitia, sondern in einer mehr oder weniger breiten Zone, das Gefäss begleitend, die nach aussen hin nicht scharf begränzt ist. Grössere Gruppen liegen zunächst dem Gefässe, kleinere weiter nach aussen. Auch im Innern der Blutgefässe, namentlich der Venen, bemerkt man an solchen Stellen neben rothen und farblosen Blutkörperchen ähnliche Körnchen, stellenweise in grösserer Menge, aber niemals, wie dieses Schüppel gesehen zu haben scheint, in Form von Ballen oder Körnchenkugeln. Vielleicht handelte es sich in seinen Fällen von natürlicher Tuberkulose um Komplikation mit septischer Infektion. Die Natur dieser Körnchen ist nun im frischen, nicht abgestorbenen Präparate nicht zu verkennen; denn sowohl die in den Gefässen gelegenen wie solche, welche frei zwischen den Maschen des Grundgewebes vorkommen, sind lebhaft beweglich, während die in Gruppen zusammengehäuften dieser Eigenschaft entbehren. Die Durchmesser dieser Körperchen wurden mit System Seibert Nr. 7 zu 0,6—1,2 Mm. bestimmt. In dem angeführten Beispiele waren alle übrigen Organe frei von Tuberkeln, eine Eigenschaft der Katzentuberkulose, welche auch den Hunden zukommt, wie der von mir früher beschriebene Fall von primärer perikardialer Tuberkulose eines Hundes beweist, welche durch den Genuss von Milch einer tuberkulösen Kuh entstanden war. In dem Protokolle, welches bei der Sektion der Katze aufgenommen wurde, finde ich Folgendes verzeichnet: „Die Milz ziemlich gross, fest und blassroth, die Leber blass-gelbroth, derb, die Nieren blutreich und feucht, die Lungen luftreich, das Herz auf der rechten Seite stark ausgedehnt und mit dunkelbraunrothem Blute erfüllt. Nur in der klaren perikardialen Flüssigkeit kleinste bewegliche Stäbchen und Körnchen". Dieselbe Beobachtung habe ich nun wiederholt bei Meerschweinchen gemacht, die ich vor der mikroskopischen Entwicklung der peritonealen Impftuberkulose untersuchte: neben mikroskopischen Gruppen von Endotelien Haufen ähnlicher Körnchen längs der Gefässe. Ich schliesse hieraus, dass der tuberkulösen Zellwucherung ein Stadium vorangeht, in dem sich die in den Kulturapparaten gezüchteten Organismen vermehren und an denjenigen Stellen ablagern, an denen später Tuberkel entstehen. Wir müssen daraus die weitere Schlussfolgerung ziehen, dass die Zellwucherung in Folge der Ablagerung dieser Mikrokokken entsteht, diese letzteren also das eigentliche Substrat der tuberkulösen Infektion darstellen. Ich habe gezeigt, dass die Tuberkulose, wie so viele Infektionsprozesse, durch gewisse, ausserhalb des Körpers zu züchtende Organismen hervorgerufen wird. Welche Stellung diesen Organismen in dem naturwissenschaftlichen Systeme anzuweisen ist, dieses zu entscheiden muss besonderen Versuchen überlassen bleiben; aber anderseits ist diese Unsicherheit meiner Ansicht nach gar kein Grund, von einer Theorie

keinen Gebrauch zu machen, welche mit allen klinisch und experimentell gewonnenen Erfahrungen bezüglich des Wesens der tuberkulösen Prozesse in vollem Einklange steht. Diese Theorie erklärt, wesshalb die Tuberkulose zwar vorzugsweise, aber keineswegs ausschliesslich in der Form von Knötchen auftritt, wesshalb auch die von mir ebenfalls hervorgehobene Erscheinung stattfinden kann, dass scheinbar einfach katarrhalische Prozesse den Ausgangspunkt der Tuberkulose bilden. Indem diese Organismen, die wir vorläufig, weil doch jedes als ein besonderes erkanntes Ding seinen Namen haben muss, als „Monas tuberculosum“ bezeichnen können, die Eigenschaft besitzen, in den bindegewebigen Theilen sich in Gestalt kleiner Gruppen abzulagern, scheinen sie an diesen Stellen lokale Reizungen der fixen Gewebselemente hervorzubringen, eben dasjenige, was wir als „Tuberkel“ in anatomischem Sinn bezeichnen. Andererseits ist es nun aber auch recht begreiflich geworden, wesshalb gelegentlich diese Entwicklungsform, trotzdem der eigentliche Krankheitsprozess derselbe, überhaupt oder an einzelnen Stellen nicht zu Stande kommt, wesshalb z. B. gelegentlich in den Lungen in der That nur die intraalveoläre Wucherung gefunden wird. — Was endlich die Frage betrifft, ob diese Beobachtungen anderweitige Bestätigung finden werden, so kann ich dieses ruhig der Zukunft anheimstellen, indem ich ebenfalls der Meinung bin, dass nicht der Glaube, sondern das Wissen uns ziemt. Den Unglauben aber, welcher es verschmäht, durch ernste Arbeit gewonnene Anschauungen zu prüfen, kann ich für ebensowenig wissenschaftlich erachten, als einen Glauben, welcher ungeprüfte Angaben acceptirt. Das aber hoffe ich zuversichtlich, dass die Therapie der Tuberkulose auf Grund dieser Versuche und Beobachtungen neue und bessere Wege auffinden wird, welche die ältere Lehre mit ihrer unsicheren ätiologischen Auffassung des Prozesses nicht einmal im Falle war, anzudeuten. Man wage, um mit Helmholtz zu reden, die Krankheitsprozesse begreiflich zu finden, und man wird sie begreiflich finden!“ (Prager medizinische Wochenschrift, 1877.)

Das Resumé eines von Prof. Ponfick auf der Naturforscher-Versammlung in München über die Entstehungs- und Verbreitungswege der akuten Miliartuberkulose gehaltenen Vortrags lautet: „Die Entstehung einer generalisirten Tuberkulose wird seit dem Erscheinen der Buhl'schen Theorie auf ein supponirtes Virus zurückgeführt, welches von irgend welchem Krankheitsherde im Körper aus in die allgemeine Säftemasse übergehen und nun auf dem Wege der Dissemination zahllose sekundäre Herde erzeugen sollte. So viele und bedeutsame klinisch-anatomische wie nicht minder experimentelle Thatsachen zur Stütze einer solchen Auffassung auch beigebracht werden können, so fehlt es doch bis heute immer noch an dem konkreten Nachweise jener infektiösen Substanz, sei es innerhalb der Blutbahn selbst, sei es inmitten der multiplen Eruptionen. Als die Bahnen, auf welchen der Giftstoff in den Kreislauf gelangen dürfte, hat man sich wohl in erster Linie die Lymphgefässe zu denken: bereits sind ja zahlreiche Beispiele bekannt, wo sich eine lokale Tuberkelentwicklung innerhalb der Adventitia dieser Kanäle auf's Unmittelbarste an einen Käseherd anschliesst. Im Hinblicke hierauf habe ich den Ductus thoracicus neuerdings einer regelmässigen Prüfung unterzogen und dabei gefunden, dass derselbe in allen den Fällen intakt verbleibt, wo eine im klinisch-anatomischen Sinne lokalisirte Tuberkulose vorhanden ist, dass er aber in der Mehrzahl der Fälle von generalisirender Miliartuberkulose in eigenthümlicher Weise mitbetheiligt wird, indem sich eine meist vielfältige Eruption kleiner tuberkelähnlicher Knötchen in seiner Intima entwickelt. Diese Herde vermögen uns als Beweis zu dienen dafür, dass eine höchst abnorm beschaffene, ein spezifisches Irritament enthaltende Lymphe den Gang passirt haben müsse. Sie sind der — bis heute einzige — greifbare Ausdruck einer Verunreinigung der Blutbahn mit Stoffen, die wir zwar an und für sich selbst vorläufig noch nicht kennen, auf deren Gegenwart wir aber nunmehr mit voller Sicherheit zu schliessen berechtigt sind, nachdem wir so augenfällige Wirkungen seitens derselben vor uns sehen“. (Mediz. Centralzeitung, 1877, 14. Nov.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 50. *Erlangen*, am 15. Dezember 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zusammenhang zwischen Ekzem und Diabetes mellitus. Zur Lehre von den gleichzeitigen Verletzungen der Luftröhre und Speiseröhre (Schluss). Fall von Rotzkrankheit beim Menschen. Werth der Mikroskopie der Frauenmilch. Seltene Augenerkrankungen bei Diabetes. Vaginitis emphysematosa. Salicylsäureinhalationen gegen Keuchhusten. Zur Perforation des Warzenfortsatzes. Gastrische Krisen bei Tabes von den Nieren ausgehend. Uterusexstirpation statt Kaiserschnitt. Ueber das Zustandekommen von Luxationen grösserer Gelenke. Resultate aus Versuchen von Verengerung der Nierenarterie. Verfahren zur Vermeidung von Gerinnselbildung bei direkter Bluttransfusion.

Wenn auch bisweilen Praktiker auf den häufigen Zusammenhang zwischen Ekzem und Diabetes mellitus aufmerksam gemacht haben, so ist doch der Gegenstand noch nicht genügend aufgeklärt und jeder Beitrag daher erwünscht. Oft liefern die Klagen der Frauen über Jucken und Reiz in der Vulva sowie die der Männer über Reiz am Orificium urethrae die ersten Anhaltspunkte für den Verdacht auf Diabetes. Einige Forscher, wie Dickinson und Pavy, haben die Erscheinung vom zuckerhaltigen Urine hergeleitet, während Wiltshire den Reiz der Vulva aus einer Veränderung des Nervengewebes in der Vulva erklärte. Der Professor am Guy's-Hospital zu London, Dr. Braxton Hicks, hat in seiner Praxis häufig Ekzeme der Haut und insbesondere der Genitalien im Zusammenhange mit Diabetes vermuthet und in zehn Fällen bei Vorhandensein von Ekzemen an den Genitalien 8—9 Mal ausgesprochenen Diabetes angetroffen. Meistens verlangten die Kranken wegen des Ekzems der Genitalien oder der Haut ärztliche Hilfe und stellte es sich dann heraus, dass nicht ein Lokalleiden, sondern eine allgemeine Krankheit behandelt werden musste. Wenn man auch zugeben muss, dass bei den zu Ekzem disponirten Personen der zuckerhaltige Urin einen örtlichen Reiz ausübt, so fällt es doch auf, dass Stellen, welche mit dem Urine nicht in Berührung kommen, die Lenden- und Bauch-Gegend, gleichfalls vom Ekzem befallen werden. Vermehrte Beobachtung wird das Ergebniss liefern, dass zuckerhaltiges Blut reizend wirkt und durch dasselbe veränderte Nerveneinflüsse und dadurch Ekzeme entstehen. Das praktische Ergebniss der Kenntniss dieses Zusammenhanges besteht darin, dass man in vielen Fällen von Ekzem, zumal an den Genitalien, keine Zeit mit anderweitiger Behandlung wird verlieren dürfen und alsbald zur Behandlung des Diabetes wird schreiten müssen, wodurch in der Mehrzahl der Fälle die Krankheit gebessert, jedenfalls erträglich gemacht werden kann. — Die Behandlung des Verfassers war darauf gerichtet, zucker- und amylumhaltige Speisen vermeiden zu lassen, jedoch nicht in so strenger Art und Weise, wie dies sonst von den Aerzten geschieht, weil die Kranken dadurch leicht ungeduldig werden. Es gelang ihm daher, die Kur bei seiner milden Praxis länger durchzuführen. Ausserdem reichte er täglich zwei Mal innerlich Kodeïn und China, Arsenik oder Eisen als Tonika, je nachdem die einzelnen Fälle es erheischten. — Als Arzt für Frauenkrankheiten hat Verfasser bei Frauen in den klimakterischen Jahren diese Ekzeme öfter gesehen und ist erst in den letzten Jahren durch Ekzeme an den Genitalien, am Bauche und an den unteren Extremitäten auf den Zusammenhang mit Diabetes aufmerksam ge-

worden. Nachdem derartige Kranke durch das Leiden und vorzüglich durch Jucken und Schlaflosigkeit heruntergekommen, die gegen den Ausschlag angewendeten Mittel jedoch fruchtlos geblieben sind, so erfolgt Linderung, selbst Heilung, sobald die Kur gegen Diabetes einige Zeit hindurch fortgesetzt wird, wie dies dem Verfasser mehrfach in seiner Praxis gelungen ist. — Schon Trousseau hat diesen Zusammenhang zwischen Diabetes und Ekzem der unteren Körpergegenden mehr bei Frauen als bei Männern beobachtet und weist darauf hin, dass überall da, wo das Vorhandensein des Ausschlages nicht mit Leukorrhoe oder Menstruationsstörungen zusammenhängt, man immer an Glykosurie denken muss. — Dickinson hat in seiner Bearbeitung des Diabetes auf das Ekzem der Vulva als eine dem Diabetes eigenthümliche Erscheinung aufmerksam gemacht, welche den Arzt zuerst auf dieses Leiden hinlenken müsse, während das Orificium urethrae und die Glans seltener affizirt sind. Der Ansicht Prout's, dass Hautgeschwüre, Karbunkeln und Abszesse meist von Diabetes begleitet sind, und dass überhaupt Ausschläge auf der ganzen Hautoberfläche dem Diabetes vorangehen, muss Dickinson nach seiner reichen Erfahrung widersprechen. Nur Lichen habe er neben dem besprochenen Ekzem der Vulva häufig mit Diabetes vereint vorgefunden. Dem gegenüber behauptet Verfasser, dass der Zusammenhang zwischen Hautekzem und Diabetes ein häufiger ist und dass ein öfteres Auftreten von furunkulösen oder karbunkulösen Geschwüren im Hautzellgewebe einige Zeit vorangehe. Immerhin muss der Arzt bei solchen Affektionen seine Diagnose im Hinblicke auf den Zusammenhang zwischen beiden Krankheiten stellen, neben der Diät Karlsbader Brunnen und andere bereits erwähnte Mittel gebrauchen lassen. (The Lancet, 1877, Nr. 13.)

Von den gleichzeitigen Verletzungen der Luftröhre und der Speiseröhre von Dr. Schüller (Schluss des in Nr. 49 S. 388 abgebrochenen Aufsatzes). Mit den Speiseröhrenfisteln stets verbunden, aber zuweilen auch ohne dieselben, als konsekutive Erscheinungen der Luft- und Speiseröhren-Verletzungen zurückgeblieben, sind die Luftröhrenfisteln. Ausser den fünf Fällen (inclusive des Bieuvenu'schen) von Luft-Speiseröhren-Fisteln sind noch zwei Fälle von isolirten Luftröhrenfisteln (Lüders und Dubreuil) beschrieben worden. Auch hier sind zwei Formen zu unterscheiden: entweder stellen die Fisteln nur einen Defekt in der vorderen Luftröhrenwand dar, so dass die Luftfistel also gewissermassen in der Lücke zwischen auseinander gewichenen Luftröhren-Enden sitzt, oder sie sind mit einer mehr minder beträchtlichen Verengerung oder sogar vollständigen Verschliessung und Lageveränderung des oberhalb der Fistel gelegenen Kehlkopfstückes verbunden. Gleich nach der Verletzung und als unmittelbare mechanische Folge derselben tritt eine Dislokation der Ringknorpelplatte und damit eine Verengerung des oberhalb der Wunde gelegenen Kehlkopfabschnittes ein und dies bestätigt die Beobachtung, dass gerade bei Durchschneidungen zwischen Schild- und Ring-Knorpel relativ am häufigsten Verengerung des Kehlkopfes neben einer Luftfistel beobachtet worden ist. Einen wesentlichen Antheil an der Verengerung hat auch noch die Narbenkonstriktion, besonders in Fällen, in welchen die Luftröhre durchschnitten wurde; von der Verengerung des Kehlkopfes ist in den meisten Fällen die Luftfistel abhängig und muss man ein ähnliches Kausalitätsverhältniss für die Mehrzahl der Luftfisteln überhaupt annehmen, diejenigen vielleicht nur ausgenommen, die durch grosse Substanzverluste bedingt sind. In den Fällen von gleichzeitiger Luft- und Speise-Röhrenfistel wird die Luftfistel auch zum grossen Theile durch das Vorhandensein der letzteren bedingt, da diese theils durch den Abfluss von Speichel und Speiseresten, theils aber auch dadurch, dass sie sich direkt zwischen beide Luftröhren-Abschnitte drängt, die Vereinigung derselben hindert. Die Störungen, welche die Luftfisteln hervorrufen, sind stets sehr bedeutend. Bei Luftfisteln ohne Verengerung des Luftkanales können die für einfache Luftfisteln angegebenen Methoden des plastischen Verschlusses in Anwendung gezogen werden, also die schon mehrfach erwähnten Verfahren von Dieffenbach, Balassa, Ried und Hueter. Wo aber eine Verengerung der Luftröhre vorhanden ist, da muss diese zunächst gehoben und die Kanalisation der Luftröhre wieder hergestellt werden. Mit vom Munde aus in den Kehlkopf eingeführten Bougies ist in diesen Fällen nichts zu erreichen, da die Verenger-

ung nicht in den oberen, sondern in den unteren, der Fistel zunächst liegenden Theilen ihren Sitz hat. Prof. Busch in Bonn versuchte es daher mit dem Einlegen einer Trachealkanüle von unten nach aufwärts. Bei beträchtlicher Verengerung oder Verschliessung unter mehr oder weniger weit gediehener Dislokation des oberhalb der Fistel gelegenen Luftröhrenstückes würde dieses Verfahren jedoch keineswegs genügen; hier muss der Verschluss des oberen Endes gelüftet und die zwischen beiden Luftröhrenenden entstandene Lücke entsprechend kanalisirt werden. Liston erreichte dies in einem Falle durch blosse Spaltung des Ligamentum conoideum; v. Langenbeck trennte in einem solchen Falle die narbige Kontraktion mit dem Tenotom und legte anfänglich eine silberne Kanüle, später Katheterstücke von zunehmender Dicke mit Erfolg ein; noch später verschloss er die Fistel. Hueter verfuhr in dem oben erwähnten Falle, nachdem er die Speiseröhrenfistel geschlossen hatte, nach dem Vorgange v. Langenbeck's; doch verengerte sich später die Larynxhöhle wieder, worauf Hueter abermals spaltete und durch Pressschwammkegel dilatirte; später trug Patient einen Stimmapparat. — In Fällen, in welchen die Speiseröhrenfistel und der Abstand der Luftröhrenenden nur klein ist, lässt sich durch eine plastische Operation der Gebrauch der verbindenden, beziehungsweise der Stimmkanüle vermeiden. Das Lumen des verschlossenen Larynx muss durch eine ovale Exzision und fortgesetztes Einlegen von Kanülen dilatirt und der Patient durch Einlegen von Verbindungskanülen daran gewöhnt werden, durch den Larynx, respektive durch die Nase zu athmen; die Schliessung der Speiseröhrenfistel ist während der ersten Periode oder als Vorakt zur zweiten auszuführen. Die Vereinigung der beiden Luftröhrenenden hat in der Weise zu geschehen, dass man den Kehlkopf zunächst an seinem unteren Ende allseitig loslöst und dann in analoger Weise mit dem oberen Luftröhrenende verfährt; in der Fistel liegt eine gebogene, das Athmen vermittelnde Kanüle. Nun wird die hintere Fistelwand vom Oesophagus abgelöst, die zwischen beiden Fisteln liegende Narbenbrücke angefrischt, eine lange Kanüle durch die obere Oeffnung in den Larynx und die Mundhöhle und nach unten in die untere Fistelöffnung geschoben; über dieser Kanüle werden dann die Luftröhrenabschnitte zusammengezogen und nun vorläufig die hinteren angefrischten Wandungsränder durch tiefe, auch durch die umgebenden Weichtheile gelegte Hefte verbunden. Der vordere Fistelrand der unteren Luftröhrenfistel wird vorläufig nicht angefrischt; diese Spalte wird sich später nach einer der für die Plastik bei einfachen Luftröhrenfisteln angegebenen Methoden schliessen lassen. — Für die Behandlung der frischen Luft-Speise-Röhrenfisteln empfiehlt Schüller nach dem Rathe von B. Bell und A. G. Richter, die Speiseröhrenwunde zu nähen, da in den Fällen, in welchen die Naht angelegt wurde, die Heilung meist durch erste Vereinigung erfolgte; gegen das Entstehen von Eitersenkungen wird man sich durch das Einlegen von Drainröhren schützen können; selbstverständlich muss man den Patienten in den ersten Tagen per anum ernähren. Je rascher die Wunde der Speiseröhre zur Heilung gebracht wird, um so rascher kann man an die Vereinigung der Luftröhrenwunden gehen. Bei Verletzungen des Kehlkopfes im Zungenbein-Schildknorpel-Raume ist am meisten das Glottisödem zu fürchten; es ist daher die prophylaktische Tracheotomie gerathen, wenngleich auch ohne diese in manchen Fällen Heilung erfolgen kann; besonders aber ist die Tracheotomie bei Wunden erforderlich, welche durch den Schildknorpel oder die Glottis gehen. Gegen die Naht der Luftröhrenwunden haben sich die Autoren im Ganzen ausgesprochen; bei Anlegung derselben treten — jedenfalls in Folge von Lähmung des Recurrensastes — leicht dyspnotische Zufälle ein. Nach Verfassers Ansicht ist die Naht an sich nicht zu verwerfen und es steht ihrer Anlegung kein Hinderniss entgegen, wenn man die nöthige Fürsorge trifft, Eitersenkungen, Emphysem u. s. w. zu verhüten. Man würde in unseren Fällen durch eine eingelegte T-förmige oder eine Richet'sche Kanüle die Erstickungsgefahr beseitigen und dann die Luftröhrenenden durch einige Nähte einander nähern. In derselben Weise würde man übrigens auch verfahren müssen, wenn es nicht möglich wäre, die Speiseröhrenwunde völlig zu verschliessen. (Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medizin, 1877, Nr. 8.)

Das Vorkommen der Rotzkrankheit beim Menschen ist ein so seltenes, dass ein ausführlicheres Referat über den nachstehenden im St. Georg's Spitale zu London von Dr. H. Dickinson genau beobachteten Fall gerechtfertigt erscheint. Derselbe be-

trifft einen 26jährigen bis auf etwas winterlichen Husten ganz gesunden Stallknecht, der fünf bis sechs Monate vor seiner Aufnahme in die Anstalt und dann noch einmal ein Monat später mit an Rotz oder Wurm leidenden Pferden zu thun gehabt hatte. Die Erkrankung begann ziemlich plötzlich mit Frösteln und grosser Abgeschlagenheit. Sehr bald entwickelte sich ein entzündliches Knötchen am linken Unterarme und zwar an einer Stelle, an welcher, wie Patient mit Bestimmtheit angab, niemals eine Verletzung der Haut stattgefunden hatte. Dieses anfangs harte Knötchen verwandelte sich nach und nach in einen Abszess und Patient litt gleichzeitig sehr viel an Schwäche, Appetitlosigkeit und profusen Nachtschweissen. Bald stellten sich auch Schmerzen in den unteren Extremitäten ein, die Eröffnung des Vorderarm-Abszesses brachte keine Besserung, vielmehr bildete sich in der linken Wade ein anderes ähnliches entzündliches Knötchen und am 39. Krankheitstage musste desshalb der schon damals sehr herabgekommene Patient Aufnahme im Spitale suchen. Hier war ein anfänglich am Morgen etwas remittirendes, später aber ziemlich kontinuirliches Fieber mit Nachtschweissen zu konstatiren. Es bildeten sich zwei weitere, ebenfalls später vereiternde Knötchen in der Nähe des Augenlides, dann solche im Gesichte, am Unterarme und anderen Körperstellen und zuletzt entstand ein pustulöser Ausschlag über der ganzen Hautfläche, namentlich an den Extremitäten. Gleichzeitig traten kolliquative Diarrhöen, Delirien und an den beiden letzten Lebenstagen auch ein paar Male kleine Schüttelfröste auf. Die hauptsächlich in der Darreichung von Chinin und Brandy bestehende Therapie erwies sich als völlig ohnmächtig gegen den Krankheitsverlauf. Der Tod erfolgte 47 Tage nach dem ersten Frösteln. Die Autopsie ergab entsprechend dem ersten Knötchen am linken Vorderarme ein weithin subkutan sich ausdehnendes sinuöses Geschwür, welches Muskeln und Sehnen auf grosse Entfernung hin freigelegt hatte, ohne dass dort die leiseste Spur von Eiterbildung oder eine sogenannte Abszessmembran zu finden war. In der rechten Kniekehle war ein fünf Unzen Eiter enthaltender Abszess, das entsprechende Gelenk zeigte ebenfalls eiterigen Inhalt mit theilweiser Entblössung des Femur-Endes. Der Femur selbst bot eine völlig mit grumösem Eiter gefüllte Markhöhle, entzündliche Röthe im schwammigen Gewebe des oberen Endes, im unteren Ende eiterige Infiltration. Von den inneren Organen waren die Lungen in ihren oberen Lappen kongestionirt und durch Zersetzung sehr verändert; im Uebrigen zeigten sie einige wenige bis erbsengrosse Knötchen von dem Aussehen der gewöhnlichen pyämischen Metastasen, jedoch war die sie bedeckende Pleura nirgends von fibrinösem Exsudate bedeckt. Die sonstigen wichtigeren Organe — auch Hirn und Rückenmark sind untersucht worden — waren, abgesehen von theilweiser Kongestion, nicht verändert. Hervorzuheben ist, dass sich im rechten Herzen rosinenrothe gallertige Gerinnsel, dagegen in den Venen nirgends Thromben vorfanden. Auch das Lymphgefässsystem war mit Ausnahme einer leichten Schwellung der linken Achseldrüsen nicht alterirt. Die Milz wird als weich, mit nicht hervortretenden Malpighi'schen Körperchen, die Bronchialschleimhaut als zart, ohne Kongestion beschrieben. Während der ganzen Krankheitsdauer wurde keine stärkere Nasenabsonderung beobachtet und der Harn erschien nur einmal gegen Ende des Lebens eiweisshaltig. (Zeitschrift für prakt. Medizin, 1877, 47.)

Durch frühere Untersuchungen war Dr. Ludwig Fleischmann zu der Ansicht gelangt, dass, je reichlicher die Milchkügelchen vorhanden sind, desto nahrhafter die Milch ist, dass ein Ueberwiegen sehr grosser Milchkügelchen über die mittleren Formen im Allgemeinen für eine besonders butterreiche und schwerverdauliche Milch, sowie schlecht geformte detritusähnliche Kügelchen für eine wenig nahrhafte Beschaffenheit der Milch sprechen. Dieses Resultat wurde durch die mikroskopischen Untersuchungen der Frauenmilch von Dr. Ludwig Deutsch in Frage gestellt, da er den Formelementen der Frauenmilch die von Fleischmann zuerkannte Bedeutung abspricht. Auf Grund von 69 Untersuchungen behauptet Deutsch, dass die Anzahl der vorhergegangenen Schwangerschaften, die Dauer der Stillzeit und das Alter der Ammen in keinem absoluten Abhängigkeitsverhältnisse zur Qualität und Quantität der Milchkügelchen zu stehen scheinen, obschon die Erfahrung lehrt, dass die Milch alter Ammen weniger gut zur Ernährung der Säuglinge taugt als die jüngerer. Zur Bestätigung seiner Angaben führt daher Fleischmann eine neue

Reihe von mikroskopischen Untersuchungen an, welche von den DD. Köhl und Neussel während der poliklinischen Ordination ausgeführt wurden. Die Ergebnisse sind in Tabellenform beigegeben. Die erste Tabelle enthält 71 Untersuchungen, bei welchen das Alter, der Kräftezustand und die Konstitution der Frauen berücksichtigt wurden. Darunter waren 39 Frauen von 19—29 Jahren und von diesen waren 13 kräftig, 12 mittelkräftig und 14 schwächlich. Das Resultat dieser 39 Untersuchungen war, dass kräftig konstituirte Frauen im Alter von 20—30 Jahren fast ausnahmslos eine an mittleren Formen reiche, gut beschaffene Milch gaben. Von den erwähnten 39 Frauen gaben 26 eine brauchbare normale Milch, 13 dagegen eine schlecht beschaffene, so dass deutlich ersichtlich war, wie die Güte der Milch innig mit der Konstitution und dem jeweiligen Ernährungszustande der Säugenden zusammenhängt. Bei 32 Frauen im Alter von 30—45 Jahren — davon 10 kräftig, 10 mittelmässig und 12 schlecht genährt waren — ergab sich eine Abnahme der Säugungsfähigkeit, da nur von 17 Frauen eine brauchbare Milch abgesondert wurde; doch ist das Alter erst in zweiter Linie von Bedeutung, da an erster Stelle immer die Konstitution und der jeweilige Ernährungszustand der Stillenden steht. Einen Einfluss der Zahl der Schwangerschaften auf die Milchbildung konnte Fleischmann wegen Kleinheit der Zahlen nicht mit Evidenz nachweisen; aus seiner Statistik wagt er gegen Deutsch nur den Schluss zu ziehen, dass sich der Milchbefund ziemlich annähernd nach der Zahl der aus jeder Schwangerschafts-Periode vorhandenen und zum Vergleiche benutzten Mütter oder Ammen richtet. Will man die Beziehungen zwischen Qualität und Quantität der Milchkügelchen auf der einen und zwischen den Ernährungsverhältnissen der Säuglinge auf der anderen Seite untersuchen, so muss man Fälle auswählen, in welchen die Kinder nur an der Brust genährt werden, nicht aber noch Breikost erhalten, welche möglicher Weise die Befunde alterirt. — Die zweite Tabelle belehrt über die Ernährungsverhältnisse derselben 71 Kinder, deren Mütter und Ammen das Material zur ersten Tabelle abgaben. Es zeigte sich, dass von 40 gut genährten Kindern 32 eine Milch erhielten, die vorwiegend mittlere oder mittlere und kleinere Formen von Milchkügelchen in reichlicher Anzahl enthielt; fünf Kinder zeigten Rhachitis, welche in zwei Fällen angeboren war. In den übrigen acht Fällen wurden vorwiegend kleine oder Verminderung aller drei Formen gefunden, 6 Kinder litten an Rhachitis, welche in 3 Fällen angeboren war. Alle 8 Kinder erhielten neben der Brust noch ein passendes Milchsurrogat. Von den 31 schlecht genährten Kindern erhielten 27 nur Milch mit vorwiegend kleinen, staubförmigen Milchkügelchen, aber mit Verminderung aller drei Formen, nur zwei Kinder eine solche mit mittleren, eines eine solche mit grossen Formen. Es liessen also fast sämmtliche Kinder von schlechtem Ernährungszustande eine Verschlechterung der Muttermilch erkennen. Fleischmann betont besonders das häufige Zusammentreffen des schlechten Ernährungszustandes mit dem Befunde zahlreicher kleiner staubförmiger Milchkügelchen. — Schliesslich spricht derselbe noch über die Fälle, in welchen Säuglinge an der Mutterbrust rhachitisch werden. Dieselben sind unter der ärmeren Klasse durchaus nicht selten, so dass er 23 aufzählt, wovon allerdings 9 nur die allerersten Anfänge der Krankheit zeigten. In 6 Fällen war dieselbe angeboren, so dass nur 8 Fälle von ausgeprägter erworbener Rhachitis übrig bleiben. Als gewöhnlichste Ursache dieser Erscheinung führt Fleischmann ungenügende Ernährung der säugenden Mütter an, so dass, selbst wenn das Aussehen der Milch ein befriedigendes war, doch deren Menge sich unzureichend erwies. — Hiernach konstatirt derselbe von Neuem und mit vollem Rechte, dass die Mikroskopie der Frauenmilch einen ganz positiven Werth besitzt, sobald man nie ausser Acht lässt, dass selbst bei guter mikroskopischer Beschaffenheit der Milch doch deren Menge eine ungenügende sein kann. (Schmidt's Jahrbücher d. ges. Medizin, 1877, Nr. 9.)

In der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur, Sitzung der mediz. Sektion am 12. Oktober l. Js., sprach Prof. Dr. Hermann Cohn über einige seltene Erkrankungen der Augen bei Diabetes. In der gesammten Literatur sind bisher nur 4 Fälle von Zuckerkrankheit beschrieben worden, bei denen die Sehschärfe herabgesetzt war und doch der Augenspiegel keine Veränderungen des inneren Auges nachwies. Der Vortragende hat 6 Fälle im Laufe der Jahre gesehen und hat in 4 von diesen Fällen aus der Schwachsichtigkeit allein den Verdacht auf Dia-

betes geschöpft und durch die Harnuntersuchung das Allgemeinleiden konstatirt. Ausser dieser Amblyopie hatte eine der Kranken eine Abducens-Lähmung des rechten Auges, welcher nach 5 Jahren eine eben solche auf dem linken Auge folgte. — Die Schlüsse aus den Beobachtungen des Vortragenden sind: 1) Man untersuche bei jeder Amblyopie und bei jeder Augenmuskellähmung den Urin! Besser hundert Mal vergebens, als ein Mal versäumt! 2) Das Aussehen der Kranken ist oft gar nicht schlimm, wenn schon die diabetische Schwachsichtigkeit vorhanden ist. 3) In allen Fällen von Amblyopie enthält bereits der Morgenharn Zucker; das Auge wird also im späteren Stadium erst befallen. 4) In zwei Fällen verschwand die Schwachsichtigkeit in Karlsbad, in einem blieb sie stehen, in zwei nahm sie dort zu. 5) In einem Falle nahm die Refraktion während der Krankheit ab und in einem anderen nahm sie zu. 6) In allen Fällen betrifft die Amblyopie beide Augen, wenn auch in ungleichem Grade. 7) Das Gesichtsfeld wurde 5 Mal ganz normal gefunden. Vielleicht handelt es sich also nur um schlechte Ernährung der Netzhaut und nicht um Degeneration im Nerven. 8) Nur zwei Mal kam leichte Undeutlichkeit der Rothempfindung im Centrum vor, die ein Mal in Carlsbad verschwand, obgleich sich die Amblyopie nicht besserte. 9) Meist kommen Muskellähmungen in den Fällen vor, bei welchen der Diabetes die Folge einer Gehirnkrankheit ist. 10) Die Muskellähmungen können vollständig heilen. 11) Unter Umständen kann der Carlsbader Mühlbrunnen von Diabetikern mit Nutzen in der Nacht getrunken werden. (Deutsche med. Wochenschrift, 1877, 17. Novbr.) —

Drei von Prof. Dr. Paul Zweifel beobachtete Schwangere boten den charakteristischen Befund der Vaginitis emphysematosa (oder Colpohyperplasia cystica nach Winckel), einer bis jetzt selten beobachteten Erkrankung der Scheidenschleimhaut. Nachdem schon von Anderen die Wandungen der hierbei auftretenden Luftblasen untersucht worden sind, hat Verfasser zuerst den Inhalt derselben einer genauen Analyse unterworfen. Atmosphärische Luft kann es nicht sein, sonst wäre die grosse Spannung der Kysten und das Ausströmen ihres Inhaltes unter zischendem Geräusche nicht zu erklären. Versuche mit verdünnter Salzsäure und mit dem Nessler'schen Reagens schlossen die Annahme aus, das Gas könne Ammoniak sein, dessen Geruch zudem fehlte. Der Geruch brachte Zweifel vielmehr auf die Vermuthung, dass es Trimethylamin sei, welches sich vielfach vorfindet, so in der Heringslake, im Mutterkorne, Harn, Kalbsblute, Leberthrane etc. Das Trimethylamin hat einen Siedepunkt von 9.5° C. Verfasser konnte es mit Bestimmtheit in dem einen Falle im Scheidensekrete nachweisen. Da nun die Entstehung desselben aus anderen Ursachen in hohem Grade unwahrscheinlich ist, so nimmt er an, dass die drüsigen Gebilde der Scheide Trimethylmanin absondern und dass sie beim Verschlusse der Drüsenwandungen durch Weitersecerniren die starke Ausdehnung derselben herbeiführen können. Dem entsprechend empfiehlt sich der Name „Vaginitis emphysematosa" für diese Affektion. (Arch. f. Gynäkol., XII, S. 39.) —

R. Otto schliesst sich der in der letzten Zeit immer mehr in den Vordergrund gedrängten Anschauung der Tussis convulsiva als Mykose an und hat von diesem Gesichtspunkte aus Inhalationen von Salicylsäure versucht. Angewandt wurde eine 2-prozentige Lösung, welche aus einem Kopffläschchen direkt zur Inhalation gebracht wurde. Die Epidemie, welche dem Verf. das Beobachtungsmaterial lieferte, begann Ende August 1876 in Lisets in Livland. Die Behandlung erstreckte sich auf nur 7 Kinder und begann stets mit dem Stadium convulsivum. Die Zahl der Anfälle verminderte sich in allen Fällen ziemlich rasch; der Erfolg war am besten bei denjenigen Kindern, welche bei gleichmässiger Zimmertemperatur gehalten werden konnten, so dass Verf. auf diese „nothwendigste Nebenbedingung" der eingeschlagenen Therapie hohen Werth legt. Gewiss mit Recht hebt er am Schlusse seiner Mittheilung hervor, dass er für eine absolut wirksame Behandlung der Tussis convulsiva mittelst Salicylsäure nicht mit einem Beweise habe eintreten wollen, denn bei so geringem Beobachtungsmateriale sei dies nicht möglich; es lag nur in seiner Absicht, mit diesen kleinen Vorstudien das Interesse für weitere Versuche auf diesem Gebiete zu wecken. (St. Petersburger mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 22 und 23.)

Bezüglich der Perforation des Warzenfortsatzes kommt A. Hartmann auf Grund sehr sorgsamer Untersuchungen auf hundert Schädeln zu dem Schlusse, dass die Hauptgefahren der Operation, die Eröffnung des Sin. transversus und des Schädelgrundes, am sichersten vermieden werden, wenn der Operationskanal: 1) nicht weiter nach aufwärts als in die Höhe der oberen Gehörgangswand verlegt wird und wenn er 2) nicht hinter der Ohrmuschel, sondern vor der Anheftungslinie derselben beginnt. Zu dem Ende etablire man den Hauptschnitt in der Anheftungslinie der Ohrmuschel, ziehe die letztere nach vorne und entblösse die Knochenoberfläche vom Periost. Ein Bohrer wird 8 Mm. hinter der Spina supra meatum (einem Höckerchen am äusseren Ende der oberen und hinteren Gehörgangswand) in gleicher Höhe mit derselben, ungefähr 7 Mm. unter der Linea temporalis, mit gleichzeitiger Berücksichtigung des Standes der oberen Gehörgangswand aufgesetzt und parallel zur Gehörgangsaxe in die Tiefe dirigirt. Die gleiche Stelle muss gewählt werden, wenn die Operation mit dem Meissel vollführt wird. Nur das äussere Ende des Kanales darf trichterförmig erweitert werden, um den Sekreten besseren Abfluss zu geben. Ein grösseres Lumen derselben würde nur bei vorhandenem Sequester geboten sein. Häufig muss man bis auf 16 Mm. Tiefe eindringen, ehe das Antrum mastoideum eröffnet wird. Tiefer zu gehen verbieten die halbzirkelförmigen Kanäle und der Fallopi'sche Kanal. Unter besonderen Umständen kann zu dem Hauptkanale von der Aussenfläche noch ein zweiter hinzugeleitet werden, welcher mittelst Bohrers von der Mitte der hinteren Gehörgangswand aus in der Richtung nach hinten und wenig nach oben etablirt wird. (v. Langenbeck's Archiv XXI, S. 335 ff.) —

Analog den schon bekannten „gastrischen Krisen", welche in einzelnen Fällen von Tabes beobachtet wurden, sah M. Raynaud einen ähnlichen Symptomenkomplex bei derselben Krankheit offenbar von den Nieren aus zu Stande kommen. Es sind dies anfallsweise auftretende, heftige, von der linken Lumbal- zur epigastrischen Gegend hin ausstrahlende Schmerzen, welche zuerst in wochen- ja monate-langen Intervallen sich zeigen, um allmählig immer häufiger wiederzukehren. Die Schmerzen erstrecken sich einmal nach den tiefer gelegenen Theilen des Unterleibes hin, scheinbar den Harnleitern folgend und strahlen andererseits auch nach der rechten Schulter hin aus. Dazu gesellt sich heftiges Erbrechen, erhebliche Abnahme der Urinausscheidung, oft vollkommene Anurie. Dieser qualvolle Zustand kann tagelang andauern. Das Freisein des Urins von Blut, Harngries und Steinen, ferner das Vorhandensein anderer auf Erkrankung der Hinterstränge des Markes deutender Symptome sichern die Diagnose. Bei den „Crises gastriques" ist eben der Sitz des Schmerzes ein anderer und es fehlen die charakteristischen Zeichen, welche sich bei den „Crises néphrétiques" aus der Art der Urinausscheidung entnehmen lassen; von den „Crises vésicales", paroxysmusartig auftretenden Schmerzen in der Blasen- und Harnröhren-Gegend, unterscheiden sie sich durch den Sitz des Schmerzes, den die Glieder blitzartig durchschiessenden Schmerzen, wie sie für Tabes charakteristisch sind, und durch ihre ohne Unterbrechung währende Andauer. Bemerkenswerth ist noch, dass die „Crises néphrétiques", wie die übrigen Visceralkrisen auch, sich in Fällen von Tabes finden, bei welchen das Symptom der Ataxie nur sehr wenig oder gar nicht ausgeprägt zu sein braucht. In dem von Raynaud speziell beobachteten Falle sass die Hauptveränderung in den Hintersträngen in der Höhe des 7. und 8. Dorsalwirbels. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1877, 10. Novbr.)

Dr. Rein wurde durch die grossen Erfolge der Laparotomie bei Myomen des Uterus auf den Gedanken zur Exstirpation des schwangeren Uterus als Ersatzoperation für den Kaiserschnitt gebracht. In 13 Fällen bei trächtigen Katzen und Kaninchen exstirpirte er den Uterus. Anfangs missglückten die Operationen wegen mangelhafter Ausführung. Die Bauchdecken wurden in der Mittellinie geöffnet, der Gebärmutterhals auf verschiedene Weise unterbunden, der Uterus aus der Wunde hervorgezogen, gespaltet, entleert, dann oberhalb der Ligatur abgetragen und der Hals als Stiel in der Bauchwand fixirt. Die Früchte wurden alle lebend extrahirt; mehrere Kaninchen blieben am Leben. Verf. zog aus seinen Versuchen den Schluss, dass die Operation auch beim menschlichen Weibe Anwendung finden könne. Diese Exstirpation des Uterus habe die Vorzüge vor der einfachen Sectio caesarea, dass

die Blutung leicht beherrscht werden kann, dass kein verwundetes Organ in der Bauchhöhle zurückgelassen wird und dass ein krüppelhaftes Weib nicht mehr schwanger werden kann. (Verf. gibt zum Schlusse die einzelnen Akte der Operation, wie sie beim Weibe folgen müssten, an.) In jüngster Zeit wurde nun in Wien in der That von Prof. Späth zwei Mal die Sectio caesarea mit folgender Exstirpation des Uterus ausgeführt. Im ersteren Falle blieben Mutter und Kind am Leben; der 2. Fall verlief ungünstig, ebenso ein 3. Fall, der am 5. September l. Js. Morgens von Prof. Karl v. Braun auf dieselbe Weise ausgeführt wurde und bei dem ein lebendes Kind zu Tage gefördert worden war. Alle drei Frauen litten an Osteomalazie. Uebrigens hat schon Dr. Ed. Porro („Della amputazione utero-ovarica come complemento di taglio caesareo". Milano, 1876) im vorigen Jahre die Exstirpation der schwangeren Gebärmutter bei einer Frau mit hochgradiger Becken-Verengerung mit Glück ausgeführt). (Wiener med. Wochenschr., 1877, 10. Nov.)

Dr. Hofmokl stellte über das Zustandekommen von Luxationen der grösseren Gelenke Versuche an Kindesleichen an und fand, dass beim Neugeborenen im Kiefer-, Schulter-, Hüft- und Ellenbogen-Gelenke eine traumatische Luxation überhaupt nicht erzeugt werden kann. Beim Unterkiefergelenke kommt als Ursache dafür hauptsächlich der Mangel eines Tuberculum articul. in Betracht, bei den anderen grossen Gelenken sind die wesentlichsten Punkte folgende: Zur Zeit der Geburt ist die Gegend der Epiphyse, an welcher sich die Kapsel und die Bänder inseriren, noch grösstentheils knorpelig, so dass ein Abreissen der Kapsel nicht so leicht zu Stande kommen kann, als eine Trennung der Epiphysenlinie, dann ist der längere Hebelarm, der bei Erzeugung einer Luxation den Angriffspunkt der Kraft bildet, im Verhältnisse zum kürzeren Hebelarme nicht so lang als beim Erwachsenen, so dass ceteris paribus eine relativ grössere Kraft erforderlich wäre, beim Neugeborenen eine Luxation zu erzeugen, als beim Erwachsenen. Endlich tritt wegen der Weite der Kapsel beim Schultergelenke und wegen der Kürze des Schenkelhalses beim Hüftgelenke die Hemmung der Bewegungen durch die umgebenden Weichtheile, besonders die Muskeln, früher ein, als die Gelenkkapsel gespannt wird. (Med. Jahrbücher d. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien, 1877, III. Heft.)

Zielonko hatte bekanntlich bei Verengerung der Aorta ascendens zuweilen fettige Degeneration der Nieren gesehen. Dr. Otto von Platen verfolgte diesen Weg weiter, indem er durch Verengerung der Nierenarterie die Folge der ungenügenden Blutspeisung aufzudecken suchte. Die Arterie wurde, theils vom Bauche, theils vom Rücken her, mittelst eines Silberdrahts bis zur Abplattung komprimirt. In allen gelungenen Fällen stellte sich eine Ernährungsstörung in Form von Epitelialverfettung heraus, während bei vollständiger Unterbrechung der arteriellen Zufuhr bekanntlich Nekrose auftritt. Ureteren-Unterbindung bewirkt, nach der Ansicht des Verf., weniger durch den Druck als durch die hervorgerufene Anämie, eine atrophische Abnahme des Nierenepitels. Auf Unterbindung eines Astes der Nierenarterie kam einfache Infarcirung zu Stande und nur in den peripheren Zonen der nekrotischen Partie, welche noch mit dem Blut- und Saft-Strome des umgebenden gesunden Gewebes Fühlung haben, fand sich statt dessen Verfettung. (Virchow's Archiv, Bd. 71, I, S. 31.)

Die DD. W. Istomin und W. Weliky wollen durch nachstehendes Verfahren jede Gerinnselbildung bei der direkten Bluttransfusion vermeiden: Es wird von einem lebenden Thiere ein Stück Vene von hinreichender Länge herauspräparirt, durch eine ziemlich gleich weite, aber etwas kürzere Glasröhre gezogen, die überstehenden Enden beiderseits über den Rand der Röhre umgeklappt und mit Fäden befestigt. Bei vergleichenden Versuchen fand sich, dass, während in Glaskanülen bei der Unterbrechung des Blutstromes sich schon nach 7 Minuten ein starkes Gerinnsel bildete, das Blut in diesen animalen Röhren flüssig blieb. Die Gefässe sollen diese Fähigkeit $1^1/_2$ Stunde lang behalten. (Petersburger mediz. Wochenschrift, 1877.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 51. *Erlangen*, am 22. Dezember 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Verfahren zur Entleerung pleuritischer Exsudate. Zur Kenntniss der Entstehung der Epitelialkrebse der Haut. Ueber operative Behandlung der Leber-Echinokokken. Wirkung der Salicylsäure und ihrer Präparate. Zur Wirkungsweise schlafmachender Stoffe. Der Kopfumfang geistig und nicht geistig Beschäftigter. Fall von chronischer Arsenikvergiftung. Ueber das Vorkommen von Zucker im Harne der Wöchnerinnen. Einfluss des Nervensystems auf Entstehung der Albuminurie. Ueber das Entstehen von Kalkeinlagerungen der Arterien. Ursache der früher in München häufiger als anderswo vorgekommenen Dammrisse. Resultate aus Untersuchungen über die Schwefelsäure- und Stickstoffausscheidung im Fieber. Indikation und Erfolg bei der künstlichen Frühgeburt. Zur Metallotherapie.

Dr. Girgensohn zu Riga hat im letzten Jahre vielfach Gelegenheit gehabt, bei der Entleerung pleuritischer Exsudate mit sehr gutem Erfolge den Hegar'schen Heber-Apparat zu benutzen, über dessen Verwendung für die Thorakokentese er in der bezüglichen Literatur keinerlei Angaben gefunden hat. Zur Anwendung desselben wurde er zuerst veranlasst durch den Wunsch, die oft schwer in ihrer Kraft zu kontrolirende und ungleichmässige Wirkung der gebräuchlichen Saugepumpen durch eine bessere Vorrichtung zu ersetzen. Letztere ist nun seiner Meinung nach sehr einfach in folgender Weise herzustellen: Ausser dem Trokar ist nur ein Gummischlauch von 1—2 M. Länge und 4—5 Mm. Durchmesser dazu nöthig. Letzterer wird mit 1—2prozentiger Karbolsäurelösung gefüllt, sein unteres Ende verschlossen (am besten durch einen angefügten Krahn), dann der Trokar eingestossen und sofort nach Herausziehen des Stilets das obere Ende des Schlauches über die Kanüle gestülpt und um diese luftdicht befestigt. Nun bringt man das untere Ende des Schlauches in ein grösseres Gefäss, welches 5—10 Ctm. hoch mit Karbolsäurelösung gefüllt ist, öffnet unter dem Niveau derselben den Krahn und lässt nun die Flüssigkeit ausströmen. Letzteres geht so leicht und anstandslos vor sich, dass in 15 Minuten, soferne man den Strom nicht unterbricht, 6—8 Pfund Exsudates entleert werden können. Auch kleinere Fibringerinnsel, Eiterklumpen etc. passiren mit Leichtigkeit. Stockt der Strom, so braucht man nur einen Theil des Schlauches nach unten hin abzusperren und diese Partie dann abwechselnd zu komprimiren und wieder loszulassen — der Schlauch wirkt nämlich dann als Druckpumpe in den Thorax hinein, worauf das Ausströmen gewöhnlich leicht wieder von Statten geht. Will man stärkere Gewalt anwenden, so braucht man nur eine gut schliessende Spritze an das untere Ende anzusetzen und kann dann beliebig viel auspumpen. — Dieses Verfahren eignet sich nach Girgensohn jedoch, soferne man unter Luftabschluss operiren will, nur für sehr massenhafte und leichtflüssige Exsudate, bei welchen man mit einiger Sicherheit darauf rechnen kann, dass aus der Kanüle beim Entfernen des Stilets sofort Flüssigkeit herausströmt und dadurch den Luftzutritt verhindert. Für jene Fälle dagegen, in welchen man nicht bestimmt das Vorhandensein eines so reichlichen Ergusses annehmen kann, bietet dieses einfache Verfahren nicht die genügende Garantie gegen Lufteintritt von aussen. Eine solche zu schaffen, hat nun Verfasser in einem der zuletzt von ihm operirten Fälle versucht und, wie die Ausführung der Operation bewies, mit Erfolg: Mit dem Stilet eines gewöhnlichen Trokar durchbohrte er seitlich die Wand des Gummischlauches etwa 3—4 Ctm. weit von dem Ende desselben, stiess das Stilet bis an das Heft durch dieselbe hindurch und in das Lumen des Rohres hinein, so dass die Spitze etwa 5 Ctm. aus dem Ende desselben her-

vorragte. Dann schob er die Kanüle über das Stilet und unter dem Schlauche bis an das Heft hinauf, so dass die eine Wand des Rohres zwischen dem Hefte des Stilets und dem oberen Ende der Kanüle fest eingeklemmt sich befand. Obgleich der Gummischlauch die Kanüle ziemlich fest umschloss, wurde derselbe zu grösserer Sicherheit noch mit einem Bändchen an dieselbe befestigt, was zugleich die Festigkeit des Trokar erhöhte, da die Kanüle wegen des eingeklemmten Stückes Schlauches an dem Hefte leicht federte. Weiter wurde das untere Ende des Schlauches an das Ansatzrohr eines Irrigators gesteckt, dieser mit 2prozentiger Karbolsäurelösung gefüllt, etwa 1—2 Meter über dem anderen Ende des Gummirohres (mit dem daran befestigten Trokar) in die Höhe gehalten und nun der in den Schlauch eingeschaltete Krahn geöffnet. Die einströmende Flüssigkeit verdrängte sofort die in dem Schlauche befindliche Luft und spritzte in einigen feinen Strahlen dort hervor, wo das Stilet des Trokar seitlich in die Wand des Gummirohres eingefügt war. Da in letzterem sonach die Karbolsäurelösung unter ziemlich hohem Drucke stand, war ein Eintritt von Luft nicht zu befürchten; Verf. stiess jetzt den Trokar, nachdem über dem Operationsfelde zur grösseren Sicherheit noch ein Spray in Thätigkeit gesetzt war, in den gewählten Interkostalraum ein und begann nun langsam das Stilet aus dem Schlauche hervorzuziehen. Da das Ende des letzteren etwa 4 Ctm. lang war und sich sonst auf das Doppelte ausdehnen liess, so hatte Verfasser Spielraum genug, um sofort, wie das Stilet die Kanüle verliess (an letzterer zog sich dabei der Schlauch bis zu dem gerifften Ende hinauf), zwischen der Spitze des Trokar und dem äusseren Ende der Kanüle den Schlauch vollständig zu komprimiren. Sofort nach Entfernung des Stilets strömte das Karbolwasser in starkem Strahle aus der jetzt offenen Durchbohrungsstelle, und wurde nun über diese hinaus rasch der Schlauch weiter über die Kanüle geschoben und an dieser mit einem zweiten Bändchen befestigt. Da jetzt kein Luftzutritt mehr zu besorgen war, so wurde der Krahn geschlossen, das eine Ende des Schlauches vom Irrigator gelöst und in der vorhin beschriebenen Weise unter Karbolwasser in einem niedriger stehenden Gefässe wieder geöffnet, worauf sofort das Ausströmen des Exsudates aus dem Thorax begann. Endlich dürfte es sich noch empfehlen, nahe der Kanüle des Trokar ein Glasrohr in den Gummischlauch einzuschalten, um schon im Anfangstheile desselben die ausströmende Flüssigkeit kontroliren zu können. — Als Hauptvortheile dieser Methode betrachtet Girgensohn die Einfachheit des ganzen Apparates, welche namentlich für den praktischen Arzt schwer in's Gewicht fallen dürfte: ein gewöhnlicher Trokar, wie Gummischlauch und ein Irrigator, an dessen Stelle auch ein grosser Trichter denselben Dienst leistete, bilden das ganze Instrumentarium und dürften auch in jenen Fällen leicht zu beschaffen sein, in welchen, wie dies nicht selten vorkommt, die Vornahme der Operation keinen Aufschub leidet. Einen zweiten Vortheil sieht Verf. darin, dass während der Entleerung kein scharfes Instrument, wie z. B. bei der Aspiration mittelst der Hohlnadel, in der Brusthöhle verbleibt, sondern nur die stumpfe Kanüle, welche schwerlich die Lunge zu verletzen im Stande ist. Drittens — und darauf legt er besonderen Werth — ist die Wirkung des Heberapparates eine so gleichmässige und leicht regulirbare (durch Senken oder Heben des aufsaugenden Gefässes), wie sie auch durch die bestgearbeitete Spritze nicht erreicht wird. Andererseits kann man, sollte man eine stärkere Gewalt anzuwenden für nöthig befinden, jederzeit an den Schlauch eine Spritze ansetzen. Viertens endlich ist der ganze Apparat durch seine einfache Zusammensetzung so leicht zu reinigen und im Stande zu halten, dabei keinem Verderben ausgesetzt wie wenig andere. Dasselbe ist auch rücksichtlich der Möglichkeit des vollständigen Luftabschlusses der Fall, der hier bei einiger Vorsicht sehr leicht herzustellen ist — ein Umstand, der um so wesentlicher erscheint, als in neuester Zeit von Oeri die mit Aspiration verbundene Punktion auch für die Behandlung eiteriger Pleuraexsudate wiederum befürwortet wird. Auf des Letzteren Empfehlung hin hat Verf. in drei Fällen eiterige Exsudate durch Punktion mit dem Heberapparate entleert und wenigstens der eine von ihnen, dem er in zwei Sitzungen 8 resp. 6 Pfund Eiter abzapfte, ist vorläufig als fast genesen entlassen worden und berechtigt zu den besten Hoffnungen, da vier Wochen nach der letzten Punktion sich noch ein kleiner Rest des anfangs die ganze Thoraxhälfte ausfüllenden Exsudates nachweisen liess und der noch in Beobachtung stehende Patient bereits schwere Arbeiten verrichtet, ohne dass sein Befinden dadurch gestört wird.

Der zweite Fall ist der vorhin erwähnte, ein Phthisiker mit Pyopneumothorax, bei welchem Verfasser ex indicatione vitali die Punktion vornahm. Hier wurde ausser 3—4 Pfund dünnen Eiters massenhaft Luft durch den Heberapparat entleert. 18 Stunden nach der Operation starb Patient an Erschöpfung der Kräfte. Der dritte Fall endlich steht zur Zeit noch in Behandlung. (Berliner klinische Wochenschrift, 1877, Nr. 48.) —

Prof. W. Busch gibt in v. Langenbeck's Archiv, 21. Bd., folgenden Beitrag zur Kenntniss der Entstehung der Epitelialkrebse der Haut. Als Vorläufer des Epitelialkarzinoms beobachtet man nicht selten eine Schuppe von Horn, welche der Hautoberfläche fest anhaftet; hebt man diese Schuppe vorsichtig ab, so sieht man von ihrer unteren Fläche zahlreiche Hornzapfen abgehen, welche sich in die Kutis (wahrscheinlich in ihre Follikel) einsenken. Die Haut ist nach dem Abheben des Plättchens nicht exkoriirt, sondern noch von einer zarten Epidermislage bedeckt. Die Kutispapillen sind an dieser Stelle hypertrophisch. Dieser Zustand kann jahrelang bestehen und endlich kommt es zu lebhafterer Wucherung der Epidermiszapfen in die Tiefe, es entwickelt sich ein Krebsgeschwür. Verhindert man die Ansammlung von Epidermismassen und somit auch die permanente Reizung der Kutis durch dieselben, so verhindert man damit gleichzeitig die Entstehung von Karzinomen. Es eignen sich hierzu am besten Waschungen mit Sodalösungen von 0.5 pCt., nachdem man die Epidermisplatte durch Umschläge mit einer stärkeren Lösung (von 1—2.5 pCt.) beseitigt hat. — Nach Beobachtungen des Verfassers kann man durch dieses einfache Mittel auch der Entstehung von Recidiven vorbeugen, welche sich in der Narbe zuweilen in gleicher Weise entwickeln wie die primäre Affektion. Als Beweis hiefür führt Busch an, dass er bei Anwendung solcher Waschungen seltener Recidiven beobachte als sonst. In einem Falle war ein Ulcus rodens zwischen Nase und Wange exstirpirt worden; durch viele Jahre befand sich der Patient wohl, bis er die Waschungen vernachlässigte, worauf sich eine ähnliche hornige Auflagerung entwickelte wie jene war, welche der primären Affektion vorangegangen war. Erneuerte Anwendung der Sodalösung brachte wieder Heilung. In anderen Fällen entstand in Folge der gleichen Vernachlässigung wirklich ein Recidiv. Bei bereits entwickeltem Krebsgeschwüre war die Sodalösung, wenn das Leiden an der Lippe sass, erfolglos, doch wurde in einigen Fällen von Ulcus rodens der übrigen Gesichtshaut durch Auflegen von Sodalösung in der That völlige Heilung erzielt. Zuweilen widerstanden die stärker ausgewachsenen Papillen in der Mitte des Geschwüres länger, während die Ränder bereits überhäutet waren; in solchen Fällen wurden die Papillen durch Bleiessiglösung (1:10) und Druckverbände zum Schrumpfen gebracht, worauf die Heilung wieder weitere Fortschritte machte. Auf den Brustwarzen namentlich älterer Frauen kommen nicht selten Epidermisauflagerungen vor, welche eine Verstopfung der Ausführungsgänge und somit eine Reizung der Drüse zur Folge haben können. Wenngleich der Zusammenhang dieser Auflagerungen mit Brustkarzinom nicht erwiesen ist, so dürfte sich die Entfernung derselben doch empfehlen. Busch sah in einem Falle, in welchem neben diesen Auflagerungen ein Knoten in der Mamma bestand, unter Anwendung von Sodalösung komedonenähnliche Pfröpfe bei Druck aus den Oeffnungen der Papille austreten und unter Fortsetzung der Behandlung verschwand der Knoten allmählig. —

H. Ranke berichtet aus der Volkmann'schen Klinik über mehrere Fälle von operativer Behandlung der Leber-Echinokokken. Diese von Simon empfohlene Operation: Doppelpunktion mit nachträglicher Durchschneidung der Brücke zwischen den beiden Punktionsöffnungen, hatte sich nicht gefahrlos erwiesen; sowohl Wundkrankheiten als auch Peritonitis hatten ihre Opfer gefordert. Von Volkmann wurde darum in einem Falle das Simon'sche Verfahren unter den Kautelen der Lister'schen Wundbehandlung angewendet, aber mit dem Ergebnisse, dass die Verwachsung des visceralen Blattes des Bauchfelles mit dem parietalen auf einige fadenförmige Adhäsionen beschränkt blieb, wie es sich bei der Inzision der vorderen Bauchwand zwischen den beiden Punktionsöffnungen zeigte. Man sah vor Durchtrennung des Peritonäums die respiratorischen Verschiebungen der Leber. Nach Spaltung des Bauchfelles wurde in die klaffende Wunde ein Tampon aus Lister'scher Gaze eingelegt und die ganze Gegend mit einem antiseptischen Verbande bedeckt. Es trat keine

allgemeine Reaktion ein und nach einer Woche waren die Wundränder so fest mit der Leberoberfläche verwachsen, dass die Inzision der Kyste unbedenklich gemacht werden konnte. Der Fall heilte ohne Zwischenfälle. — In einem zweiten Falle von Echinokokkus der Leber wurde gleich von vornherein die vordere Bauchwand auf der grössten Vorwölbung der Geschwulst eingeschnitten, bis die Oberfläche der Leber vorlag, dann die Wunde wie in dem anderen Falle klaffend erhalten und verbunden. Nach einer Woche wurde die Kystenwand durchschnitten, die Höhle mit Salicyllösung ausgespült, drainirt und der Verband nach Lister gemacht. An den folgenden vier Tagen fieberte die Kranke, doch hörte das Fieber sogleich auf, als man die gelöste Echinokokkusblase herausgezogen hatte. Die Inzision der Kystenwand wurde ohne Narkose gemacht, um keine Brechbewegungen auszulösen; überdies war die Operation nur wenig schmerzhaft. Auch in dem zweiten Falle erfolgte Heilung. Ranke hält die Eröffnung der Bauchhöhle unter Beobachtung antiseptischer Kautelen für nicht lebensgefährlich und führt noch drei Fälle aus der Volkmann'schen Klinik an, in welchen die Peritonealhöhle ungestraft weit eröffnet wurde. Zwei Mal handelte es sich um Tumoren der Bauchdecken, bei deren Exstirpation ein Stück Peritoneum mit fortgenommen werden musste. In dem dritten Falle bestand ein rasch wachsender Nierentumor bei einem Knaben und die Inzision wurde theils zu diagnostischen Zwecken gemacht, theils in der Absicht, im Falle es sich um Hydronephrose handeln würde, den Sack zu spalten. Die vordere Bauchwand wurde entsprechend der Lage der Geschwulst in einer Länge von 10 Ctm. bis auf das Bauchfell durchtrennt, nach Stillung der Blutung wurde dieses in gleicher Ausdehnung eröffnet und die Geschwulst durch Beiseiteschieben des Netzes und einer Darmschlinge blossgelegt. Die Exploralivpunktion gab ein negatives Resultat, es wurde darum aus der Geschwulst ein Keil von 3 Ctm. Länge, $^3/_4$ Ctm. Dicke und 2 Ctm. Breite zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung ausgeschnitten. Als man sich überzeugt hatte, dass das breite Aufsitzen der Geschwulst jeden Versuch der Exstirpation kontraindizire, wurde die Wunde in der Geschwulstkapsel sorgfältig mit Katgut vernäht, dann die Bauchwunde geschlossen. Die Heilung erfolgte per primam, ohne Fieber, doch erlag der Kranke nach einigen Monaten seiner Neubildung, einem Leiomyom. (v. Langenbeck's Archiv, 21. Bd.)

Am 24. Juli d. Js. fand in der Acad. de médecine zu Paris eine lebhafte Diskussion über die Salicylsäure und deren Präparate Statt. Folgende Schlüsse, zu welchen Dr. Jaccoud durch die Beobachtung von 21 Krankheitsfällen gelangte, sind erwähnenswerth: 1) Im fieberhaften Gelenkrheumatismus ist, wenn keine Komplikation vorhanden, das Natron salicylicum in der Dosis von 8—12 Gramm in 24 Stunden das mächtigste Arzneimittel, welches wir besitzen; es heilt diese Krankheit schneller als irgend eine andere Medikation solches vermag. 2) Obgleich die Heilkraft des Mittels bisweilen so durchschlagend, dass es die Genesung innerhalb 2—3 Tagen herbeiführt, so ist es doch nicht möglich, für die Behandlung von vornherein die gleichmässige Dauer von 3 Tagen festzusetzen. Es wäre sogar unklug, dies zu thun, denn die Enttäuschungen, welche sicherlich der Aufstellung einer so bestimmten Frist folgen würden, brächten zweifellos ein Mittel in schlechten Ruf, welches unser ganzes und volles Vertrauen verdient. 3) Das Natron salicylicum verhindert nicht den Eintritt von Komplikationen des akuten Gelenkrheumatismus von Seite des Herzens, der Lungen und des Gehirnes. 4) Sind die Komplikationen bereits vor Anwendung des Mittels vorhanden, so übt letzteres keinen Einfluss auf sie aus. 5) Trotz seiner antifebrilen Wirkung hindert das Natron salicylicum nicht diejenige Temperatursteigerung, welche durch die Entwicklung von organischen Komplikationen bei bereits eingeleiteter Salicyl-Behandlung hervorgerufen wird. 6) Bei sehr leichten Komplikationen der in Rede stehenden Erkrankung kann das Natron salicylicum noch angewandt werden, um von seinen fieberwidrigen und schmerzlindernden Eigenschaften Nutzen zu ziehen; aber es erscheint, um nichts zu verabsäumen, nothwendig, mit dieser Behandlung die Anwendung von Vesikatoren und bisweilen auch von Stimulantien zu verbinden. 7) Bei akutem fieberhaften Rheumatismus mit ernsten Komplikationen ist auf das salicylsaure Natron nicht zu rechnen: man nehme seine Zuflucht zu anderen Arzneimitteln. 8) In zwei Fällen von chronischem fieberlosen Rheumatismus hat der Gebrauch des fraglichen Mittels nichts ge-

nützt. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1877, 49.)

Im Archiv f. experimentelle Pathologie etc. VI. S. 310 veröffentlicht C. Binz neue Versuche zur Wirkungsweise schlafmachender Stoffe. Gesunden Katzen und Kaninchen wurden unmittelbar nach der Tödtung aus der grauen Hirnsubstanz Stücke ausgeschnitten und diese in verschiedene Lösungen gebracht oder in feuchter Kammer Dämpfen von flüchtigen Substanzen ausgesetzt. Benutzt wurden die Lösungen von 0.7 pCt. Kochsalz, die gleiche plus 0.2 pCt. Atropinum sulfuricum, oder plus 0.2 pCt. Morphium sulfuricum, Chloralhydrat, Coffein, Kampher, Chloroxaläthilin und Pyrogallussäure; von Dämpfen Chloroform und Aether. Die Hypnotika und Anästhetika zeigten eine gleichmässige verändernde Einwirkung auf das mikroskopische Bild, während die anderen Nervengifte dasselbe Aussehen der Präparate bestehen liessen, welches bei der indifferenten Kochsalzlösung sich zeigte, nämlich: „klare, fein kontourirte und nur ganz leicht gewölkte Ganglienzellen und eine helle körnige Zwischensubstanz (Centralnervensubstanz Rindfleisch)". Bei jenen dagegen ergaben sich: „scharf kontourirte Zellen von trübem Protoplasma und gedunkelte Zwischensubstanz". Die gleichen Bilder wurden auch bei der Einwirkung von verdünnten ($^1/_2$ $^0/_{00}$) Säuren (Milch- und Salpeter-Säure) erhalten. — Gegen die schon so vielseitig schlagend bekämpfte, aber noch immer nicht überall beseitigte Auffassung, als ob die Hypnotika etc. dadurch das Bewusstsein zum Schwinden bringen, dass sie (ebenso wie der normale Schlaf) eine Anämie der Grosshirnrinde veranlassen sollen, stellte Binz Versuche an Hunden und Kaninchen an, welche nach Blosslegung des Gehirnes durch Chloral, beziehungsweise Aether, vorübergehend bewusstlos gemacht wurden und hierbei sowie beim Erwachen beobachtet wurden. Soweit derartige Versuche mit freiliegendem, der Luft ausgesetztem Gehirne beweisend sein können, zeigten diese Versuche, dass die Narkose unabhängig von der Blutfüllung eintritt, dass aber später das ruhende Organ (analog anderen Organen z. B. den Drüsen) anämisch wird im Vergleiche zum arbeitenden. Sonach sieht Verfasser folgende Hypothese für zulässig an: „Morphin, Chloral, Aether und Chloroform besitzen starke Affinität zu der Substanz der Grosshirnrinde des Menschen. Letztere bindet für eine Zeit lang die vom Blute ihr zugeführten Hypnotika und wird durch die hieraus resultirende Aenderung ihres Stoffwechsels unfähig gemacht, die Funktionen des wachen Zustandes auszuüben". —

Aus Paris schrieb man in der vorigen Woche der neuen freien Presse: Von dem allgemein anerkannten Grundsatze ausgehend, dass man bei Personen, welche geistigen Arbeiten obliegen, meist grössere Köpfe antrifft als bei Individuen, deren Beschäftigung eine geistlose ist, hat ein Pariser Arzt, Dr. Delaunay, folgende statistische Betrachtungen angestellt, die vom psychologischen Standpunkte gewiss nicht ohne Interesse sind: Die Kopfbedeckungen als Umfangmesser benützend stellte er die Thatsache fest, dass die Hörer des Polytechnikums und der Professoren-Hochschule zu Paris grössere Köpfe haben als die Zöglinge der Militär-Akademie von St. Cyr und die Seminaristen von St. Sulpice. Diese Letzteren haben überhaupt kleinere Köpfe als der Durchschnitt der Pariser Bevölkerung. Die Cylinderhüte, welche meistens für die wohlhabendere kultivirtere Klasse bestimmt sind, finden sich in den Waarenlagern stets in höheren Nummern vor als die Mützen, welche für kleine Geschäftsleute und Beamte verfertigt werden. Bei den billigsten Mützen für Arbeiter, Diener u. s. w. ist die Kopfweite eine noch geringere. In den sehr gewerb- und geschäftstreibenden Stadtvierteln, wie in dem Faubourg Montmartre, messen die in den Magazinen bereitliegenden Hüte meistens 56—58 Centimeter. Im Quartier Mouffetard, einem der am schlechtesten bewohnten von Paris, beträgt die Durchschnittsgrösse nur 52—53 Centimeter. In dem Quartier St. Sulpice, wo die grösste Anzahl der Geistlichen, Seminaristen und Betschwestern (auch männlichen Geschlechtes) vereinigt ist, und im Faubourg St. Germain, dem Heim der Pariser Aristokratie, findet man die kleinsten, im Quartier des Écoles, dem Sitze der meisten Mittel- und Hoch-Schulen, die grössten Hüte (58—60 Centimeter). Ebenso geht aus den Beobachtungen der DD. Broca und Lacassagne hervor, dass die Köpfe der Offiziere grösser sind als die der gemeinen Soldaten, die der Aerzte grösser als die der

Krankenwärter etc. Auch wurde konstatirt, dass bei Bauern, welche in die Stadt übersiedeln, woselbst sie zu grösserer geistiger Anstrengung veranlasst werden, der Kopfumfang zunimmt. —

Die Erscheinungen einer chronischen Arsenikvergiftung bei einer 63jährigen Frau, welche an der Vergiftung starb, und deren 22jährigen Tochter, welche sich seit sechs Jahren mit dem Verfertigen von Grabkränzen aus künstlichem grün gefärbten Moose und rothgefärbten Papierblumen beschäftigten, wobei sowohl das Moos als die Blumen von den Frauen selbst und zwar mittelst Jodgrüns und Fuchsins gefärbt wurden, gaben den Proff. E. Hofmann und E. Ludwig Veranlassung, diese Farbstoffe auf ihren Arsengehalt zu prüfen. Es wurde zuerst ein aus grüngefärbtem Moose und roth gefärbten Blumen gebundener Kranz der Analyse unterzogen; das Moos zeigte sich ein wenig, die Blumen jedoch stark arsenhaltig. Es wurden dann 6 Sorten Jodgrün und 6 Sorten Fuchsin auf Arsen untersucht; in vier Sorten Jodgrün war kein Arsen enthalten, in zwei Sorten war nur der qualitative Nachweis möglich; von den 6 Sorten Fuchsin war nur eine arsenfrei, die anderen zeigten starken Arsengehalt und die quantitative Analyse derselben ergab 0.87 resp. 0.23, 0.825, 0.82, ja selbst 2.7 pCt. Arsen. Die mikroskopische Untersuchung der Leichentheile der obduzirten Frau ergab hochgradige fettige, beziehungsweise körnige Degeneration sämmtlicher Organe. Am meisten war dieselbe in den Nieren, in der Muskulatur, zumal in der des Herzens, und in der Leber ausgesprochen. Bei der chemischen Untersuchung der Leichentheile, wobei Gehirn, Herz, Leber, Niere, Magen, Lunge, Milz, Muskel vom Unterschenkel, ein ganzer Unterschenkelknochen und der aus der Harnblase der Leiche entnommene Harn zur Untersuchung gelangten, zeigten sich nur der Knochen und Harn arsenfrei; die stärksten Arsenspiegel gaben das Gehirn und die Leber. (Mediz. Jahrb., 1877, 4. Heft.) —

Wiederholt ist die Angabe gemacht worden, dass der Harn von Wöchnerinnen Zucker enthält, welche Angabe sich meistens nur auf das ungewöhnlich starke Reduktionsvermögen des Harnes stützte. Sinéty hat indessen auch schon Rechtsdrehung und den positiven Erfolg der Gährungsprobe in zwei Fällen geltend gemacht. Direkt dargestellt ist der Zucker indessen noch nicht. F. Hofmeister fällte nun stark reduzirenden Harn von einer Wöchnerinn mit Bleizucker und Ammoniak und versetzte das Filtrat auf's Neue mit Bleizucker und Ammoniak, als es sich ergab, dass dasselbe noch deutliche Rechtsdrehung zeigte. Ebenso wurde noch ein drittes und viertes Mal gefällt. Alle diese Niederschläge wurden ausgewaschen und mit Schwefelwasserstoff zersetzt. Aus dem ersten Niederschlage wurde keine reduzirende Lösung erhalten; die Hauptmasse der reduzirenden Substanz befand sich vielmehr im zweiten Niederschlage. Die Filtrate vom Schwefelblei wurden mit Silberoxyd etc. behandelt und schliesslich eine alkoholische Lösung erhalten, welche bei langsamem Verdunsten Krystalle absetzte, im Ganzen 3.42 Grm. Dieselben erwiesen sich nach Krystallform, Schmelzpunkt, Zusammensetzung, optischer Wirksamkeit, Reduktionsvermögen, Erhöhung der optischen Wirksamkeit und Reduktionsvermögen beim Kochen mit Säuren als Milchzucker. Es wird somit bei Stauung der Milch Milchzucker resorbirt und gelangt so in den Harn. — Es ist zweckmässig, die Ausscheidung von Milchzucker als „Laktosurie" zu bezeichnen analog der Glykosurie und Inosurie. (Zeitschr. f. physiol. Chemie, I.)

Während von den Autoren über die Ursache der Albuminurie bisher hauptsächlich zwei Theorieen berücksichtigt wurden, von welchen nach der einen das Erscheinen des Eiweisses im Urine durch eine Veränderung in den Nieren, nach der anderen durch eine Veränderung des Eiweisses im Blute bedingt ist, ist ein anderer Faktor bisher sehr vernachlässigt worden, nämlich der Einfluss des Nervensystemes, sowohl des centralen als auch des sympathischen. Zahlreiche Beobachtungen haben Dr. B. Teissier zu der Annahme geführt, dass die nervösen Störungen, welche man so häufig im Beginne der interstitiellen Nephritis findet, die Ursache und nicht die Wirkung der Albuminurie bilden. Den nervösen Ursprung der Albuminurie beweist auch das Alterniren derselben, insbesondere bei Arthritiden, mit der Glykosurie, Phosphaturie oder Azoturie. Dies kann nur durch einen Einfluss der Innervation des Gehirnes oder der vasomotorischen Nerven er-

klärt werden, welche in den sezernirenden Elementen der Nieren solche Störungen hervorrufen, dass sie bald Eiweiss, bald Zucker, bald Phosphate oder Harnsäure in reichlicher Menge durchtreten lassen. Bei diesen Albuminurieen nervösen Ursprunges hält Teissier Chinin, Valeriana, Nux vomica und schwach alkalische Eisenwässer für zweckmässig. (Wien. med. Wochenschr., 1877, 47.)

Gubler möchte den Untersuchungen über die Ursache der Kalkeinlagerungen der Arterien einen neuen Weg eröffnen; er hatte beobachtet, dass diese Degeneration nicht alle Klassen gleichmässig befällt; während die Reichen und Bürger der Städte bis zum 60. Lebensjahre weiche und elastische Arterien behalten, wird die ärmere und Landbevölkerung schon mit 40, 30, ja selbst 20 Jahren davon befallen; in der toxischen Wirkung des Alkohols konnte er, trotzdem er zugeben muss, dass derselbe eine gewisse Rolle bei der Atheromatose und Verkalkung spielt, doch nicht die allgemeine Ursache derselben finden; er zog nun die Verschiedenheit der Nahrung in Betracht, die animalische Kost der Reichen und der Stadtbevölkerung und die vorwiegend vegetabilische der Landbevölkerung und hier ergaben sich Anhaltspunkte, nämlich einerseits der grosse Gehalt der Vegetabilien an mineralischen Substanzen, besonders erdigen Salzen (Phosphaten und Karbonaten), andererseits die Textur und Ernährung der Tunica media, welche in ihren Maschen die günstigsten Bedingungen für die Ablagerung kalkiger Substanzen aus dem Blute bietet. Gewisse Thatsachen bestätigen diese Ansicht; die Trappisten, welche ausschliesslich von Vegetabilien leben, zeigen sehr bald diese Degeneration, dann erkrankt die Bevölkerung auf Kalkboden, wo das Trinkwasser mit erdigen Salzen überladen ist, noch dazu bei vegetabilischer Nahrung, häufiger und früher als auf Kieselboden. (Bulletin de la Soc. de Méd. publ. et d'Hygiène process. 1877. Fasc. 1.) —

Zur Erklärung des eigenthümlichen Umstandes, dass in München Dammrisse viel seltener beobachtet werden oder vielmehr wurden als in anderen Anstalten, führt v. Hecker aus, dass in seiner Klinik das Verhältniss der Erst- und Mehrgebärenden ein anderes sei als sonst; erst jetzt entwickelt sich dasselbe in annähernd gleicher Häufigkeit wie anderswo. Ein sprechender Beweis dafür ist denn auch die Steigerung der Häufigkeit von Zangenoperationen und Dammverletzungen bis zu 9.8 pCt. Auch diese Zahl bleibt noch erheblich hinter der Winckel's (14.0 pCt.) und Olshausen's (21.1 pCt.) zurück, aber das erklärt sich wohl leicht daraus, dass viele von Hecker's Gebärenden ohne Zutritt von Studenten, lediglich unter der Obhut des geschulten Personals niederkommen, dass die Praktikanten erst einige Geburten beobachtet haben müssen, ehe ihnen der Dammschutz anvertraut wird, und endlich dass Hecker stets den Kopf in der Seitenlage austreten lässt. Gegenüber seinen früheren Angaben muss derselbe nach regelmässig angestellten Messungen zugeben, dass auch in München das enge Becken viel häufiger ist als wie er ursprünglich annahm. Unter 300 Becken hatten 19.3 pCt. eine Conjugata vera von unter 9.4 Ctm. Trotzdem wird Kunsthilfe verhältnissmässig selten nothwendig, da die kräftigeren bayerischen Frauen das Hinderniss verhältnissmässig häufig spontan überwinden. Von 58 engen Becken bedingten nur 14 die Kunsthilfe. (Arch. f. Gynäkol. XII S. 89.) —

Privatdozent Dr. Paul Fürbringer zu Heidelberg hat die Harne einer Anzahl an akuten fieberhaften Krankheiten leidender und auf der Klinik des Prof. Friedreich von ihm beobachteter Patienten unter besonderer Würdigung der Nahrungsverhältnisse, speziell unter Einhalten der Fieberdiät während der Konvalescenz bezüglich der Schwefelsäure- und Stickstoff-Ausfuhr verarbeitet und ist dabei zu folgenden hauptsächlichen Ergebnissen gelangt: 1) Die absolute Tagesausscheidung der Schwefelsäure wird durch den Fieberprozess erhöht. Die Ausscheidungsgrösse im Fieber ist die Resultante zweier antagonistischer Faktoren, der Intensität des Fiebers und der Nahrungsreduktion. Sie hängt ausserdem ab von dem eigenartigen Charakter der Affektion und höchstwahrscheinlich auch von individueller Disposition. Der durch das Fieber bedingte additive Ausführwerth ist ausserordentlich schwankend; er verwandelt die durch die Fieberdiät an und für sich gesetzte Grösse in eine Zahl, welche die normale Ausscheidungsgrösse (volle Gesundheit, gewöhnliche gemischte Diät) bedeutend überschreiten oder

aber weit hinter ihr zurückbleiben kann, im Mittel aber dieselbe etwas zu übertreffen scheint. In der Konvalescenz (keine Aenderung der Diät!) fällt der absolute Werth stets unter die Norm. 2) Der relative Werth der Schwefelsäureausfuhr (auf eine Einheit N bezogen) repräsentirt während des Fiebers eine im Durchschnitte vom normalen relativen Werthe nur wenig differente Grösse. Mit Beendigung des Fiebers erniedrigt sich derselbe sehr auffallend. 3) Auf die gesteigerte Oxydation der schwefelhaltigen Verbindungen (in erster Reihe der Albuminate) während des Fiebers folgt für die ersten Tage der Konvalescenz eine retardirte Verbrennung und wahrscheinlich auch Retention derselben im Organismus. 4) Die absteigenden Kurven der Stickstoff- und Schwefelsäure-Ausscheidung (von der Akme des Fiebers an gerechnet) laufen nicht genau parallel, sondern divergiren. Sie rücken in der Konvalescenz am weitesten von einander und zwar unter dem Normalniveau, um hierauf zu konvergiren und sich in letzterem selbst zu vereinigen. 5) Die absteigende Kurve des relativen Werthes der Schwefelsäureausscheidung kreuzt sich in der Entfieberungsperiode mit der aufsteigenden Kurve der relativen Phosphorsäure-Ausscheidung, um in der späteren Konvalescenz das Maximum der Differenz von dieser zu erreichen. (Centralbl. f. d. med. Wissenschaften, 1877, 1. Dez.)

Zur Klärung der noch streitigen Punkte bei der künstlichen Frühgeburt, nämlich betreffs ihrer Indikation und ihrer Erfolge fügt Dohrn zu den schon veröffentlichten Fällen den Bericht über 13 neue im Archiv f. Gynäkol. XII S. 53 hinzu. Die Frühgeburt wurde meist in der 34. Woche eingeleitet, fünf Mal war sie für das Kind erfolglos, eine Mutter starb an putrider Infektion. Verf. hält die Ergebnisse dieser so segensreichen Operation für einer weiteren Besserung fähig. Im Ganzen hat er bisher 42 Mal dieselbe vollzogen und 19 Kinder dabei am Leben erhalten. Er hält es für einen ausnahmeweisen Glücksfall, wenn, wie Kleinwächter es will, bei allgemein verengtem platten Becken die Konjugatagränze mit Erfolg auf 63—64 Mm. herabgesetzt wird, schon bei 70 Mm. wird das Ergebniss zweifelhaft. Unter Dohrn's Operirten waren 11 Erst- und 31 Mehrgebärende; drei davon starben. Von den früheren rechtzeitigen Kindern der Mehrgebärenden waren 9.7 pCt. nur erhalten, von den durch die künstliche Frühgeburt geborenen aber 60 pCt., ein gewiss sehr ermuthigendes Resultat. —

Ein Pariser Korrespondent schreibt der „Neuen freien Presse“ vom 1. Dez. 1877 bezüglich der Metallotherapie Folgendes: Diesen Namen hat ein Pariser Arzt, Herr Burg, einem von ihm entdeckten Heilverfahren gegeben, dessen Wirksamkeit lange bestritten, kürzlich aber doch anerkannt wurde und berechtigtes Aufsehen erregt hat. Dr. Burg konstatirte bereits vor 28 Jahren, dass an gelähmten, vollkommen bewegungslos und unempfindlich gewordenen Körpertheilen durch das äusserliche Auflegen von Metallstücken die Empfindung, Lebenswärme und Beweglichkeit zurückgerufen werden könne, und dass je nach den Individuen verschiedene Metalle anzuwenden seien, so zwar, dass bei manchen Kranken nur Gold, bei anderen nur Kupfer, Eisen oder Zink das gewünschte Resultat lieferten, während die übrigen Metalle völlig wirkungslos blieben. Viele Jahre lang konnte der unermüdliche Forscher es nicht dahin bringen, dass irgend eine medizinische Kapazität sich von der Richtigkeit der von ihm angeführten Thatsachen durch Beobachtungen hätte überzeugen lassen; er wurde stets zurückgewiesen und belächelt. Erst vor einigen Monaten gelang es ihm, vor der medizinischen Akademie und der Biologischen Gesellschaft in Paris Vorträge über seine Erfindung halten zu dürfen. Die zum eingehenden Studium dieser Frage unter dem Vorsitze der ersten französischen Kapazität, des Dr. Charcot, eingesetzte Spezialkommission hat nunmehr, nach Vornahme zahlreicher Beobachtungen in der Salpetrière ihr Gutachten abgegeben, welches Burg's Behauptungen vollinhaltlich bestätigt und vor Allem die Thatsache anerkennt, dass durch das einfache Auflegen von Metallen auf die blosse Haut die gänzlich geschwundene Sensibilität und Muskelkraft zurückkehrt, selbst in jenen Fällen, in welchen alle anderen Heilverfahren erfolglos blieben. Es erübrigt noch, den Beweis zu liefern, dass die erzielten Resultate sich auch auf die Dauer bewähren; jedenfalls dürfte das als richtig befundene Prinzip umfassende Studien in der medizinischen Welt hervorrufen und zu bedeutenden Ergebnissen führen. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Siebenundzwanzigster Jahrgang.

No. 52. *Erlangen*, am 29. Dezember 1877.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Die anämisirende Behandlung der Erkrankungen an den Extremitäten. Diabetes phosphaticus. Ueber Hornhautentzündung. Nervenerregbarkeit und Muskelzuckung Neugeborener. Ursache der Häufigkeit der Zahnkaries und ihre Verhütung. Ueber cerebrale Thermometrie. Ursache und Operation des Glaukomes. Subkutane Ergotininjektionen gegen Struma. Resultate aus Messungen und Wägungen von Schulkindern. Gegen Pruritus vulvae. Zur Verhütung der Narbenbildung nach Variola.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 16. Mai d. Js., sprach Herr Bernhard Cohn über die anämisirende Behandlung der Erkrankungen an den Extremitäten Folgendes: „Als ich vor nicht langer Zeit in der Lage war, einige kleinere Operationen an den Extremitäten unter Anwendung der von Esmarch erfundenen Konstriktion zu vollführen, da brachte mir der Anblick der vollständigen Anämie auf den Gedanken, dass dieselbe mit gutem Erfolge zur Aufsaugung von sogenannten Entzündungs- und anderen Krankheitsprodukten in Anwendung gebracht werden könnte. Ich unterwarf hauptsächlich drei Krankheitsfälle der genannten anämisirenden Behandlungsweise: zwei derselben waren akuter Natur, sind also trotz der schnell auftretenden Besserung der Symptome von geringer Beweiskraft. Der erstere betraf eine subkutane Phlegmone mit Abszessbildung bei einem 63jährigen Kaufmanne. Das Leiden war rechterseits von der kleinen Zehe ausgegangen und hatte schliesslich den ganzen Fuss eingenommen. Nach Befestigung der Klemme und Abwicklung der elastischen Binde wurde das Bein, soweit es abgeschnürt war, inclusive des entzündlich gerötheten Fusses sofort leichenblass, das Oedem nahm ab und die Schmerzen liessen nach. Aus blosser Aengstlichkeit wurde die Klemme bloss 15 Minuten geduldet. Als nach Abnahme derselben in ganz kurzer Zeit die normale Cirkulation sich wieder hergestellt hatte, war an der erkrankten Stelle sofort eine bleibende Besserung zu konstatiren. Die entzündliche Reizung hatte ihre frühere Intensität verloren und war nur auf die kleine Zehe und die Gegend des fünften Metatarsalknochens beschränkt. Ebenso hatten die Schmerzen zum grössten Theile nachgelassen. Trotzdem der Patient nicht weiter zu bewegen war, als sich nur noch zwei Mal auf ganz kurze Zeit die Klemme anlegen zu lassen, so gingen die Erscheinungen doch zurück. An einem der folgenden Tage wurde mittelst Inzision ein Theelöffel guten Eiters entleert, worauf die Heilung schnell erfolgte. Der zweite Fall betraf eine sehr unverdrossene Dienstmagd in den vierziger Jahren. Dieselbe hatte sich durch kaum glaubliche übermässige Anstrengung eine entzündliche Anschwellung am rechten Vorderarme an der Gränze des unteren und mittleren Drittels des Radius zugezogen, welche sehr schmerzhaft war und in der Muskulatur ihren Sitz hatte. Nach Anlegung der Klemme nahm die Schmerzhaftigkeit sofort ab und auch die Anschwellung ging etwas zurück. Als nach Abnahme der Klemme die normalen Kreislaufsverhältnisse sich wieder hergestellt hatten, war die Schmerzhaftigkeit zum grössten Theile verschwunden und Patientin konnte wieder ihre Arbeit aufnehmen. Eine mässige Empfindlichkeit blieb noch zurück, welche aber nach einer zweiten Konstriktion, am folgenden Tage ausgeführt, fast vollständig sich verlor. — Bei weitem wichtiger als diese beiden Fälle ist der dritte. Er

betraf einen $3^1/_2$ jährigen Tischlersohn, welcher an einem seit $1^1/_2$ Jahren bestehenden Tumor albus des Kniegelenkes litt. Das Leiden war durch einen Fall auf die ebene Erde entstanden. Nach einem sehr schweren akuten Stadium von mehreren Wochen entwickelte sich der chronisch-destruktive Prozess mit allen den charakteristischen Symptomen desselben: Anschwellung der knöchernen Gelenkenden, allmählig sich steigernde Flexion im Gelenke, Schmerzhaftigkeit, fast vollständige Beschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit. Fast ein Jahr lang wurde der kleine Patient von Privatärzten, in öffentlichen Polikliniken, zuletzt in einer Anstalt, erfolglos den üblichen Behandlungsmethoden unterworfen. Im Ganzen hat er fünf Gypsverbände bekommen, welche zusammen 26 Wochen gelegen haben. Mehrmals wurde vor Anlegung derselben die forcirte Extension in der Narkose vorgenommen. In den Pausen wurden örtliche Jodkuren angewendet. Schliesslich verzichteten die Eltern auf jede weitere ärztliche Hilfe und liessen das Kind die letzten Monate ohne jede Behandlung. Als ich zu Anfang April d. Js. den Fall in Behandlung bekam, konnte ich folgenden Status praesens feststellen: Das kranke Bein bot das charakteristische Bild der fungösen, destruktiven Gelenkentzündung, des sog. Tumor albus, dar. Bei der Adspektion konnte man eine erhebliche Geschwulst des linken Kniees konstatiren. Die Umfangsdifferenz zwischen gesundem und krankem Knie betrug im Maximum etwa $1^1/_2$ Zoll. Der Unterschenkel war seit der vor Monaten erfolgten Abnahme des letzten Gypsverbandes wieder in eine sehr gebeugte Stellung zurückgekehrt. Die bedeckende Haut war von normaler Färbung. Bei der Palpation fand sich, dass die Anschwellung hauptsächlich durch die entarteten Knochen bedingt war. Die Kondylen des Oberschenkels hatten ihre normale Form eingebüsst und waren in eine rundliche unförmliche Knochenmasse verwandelt, welche die Tibia nicht unerheblich nach vorne überragten. Die bedeckende Haut war wegen der chronisch-entzündlichen Infiltration etwas verdickt. Eine Patella konnte man nicht deutlich abgränzen, ebensowenig war ein Rand der Gelenkfläche der Tibia deutlich herauszufühlen. Flüssigkeit war in der Gelenkhöhle nicht zu entdecken. — Was die Funktionsstörung betrifft, so war sie dem objektiven Befunde entsprechend. Weil das Kind in der letzten Zeit wochenlange gelegen hatte, so konnte es jetzt manchmal ein paar Schritte stark hinkend umhergehen. Dabei trat es immer mit der Fussspitze auf und die leidende Seite wurde gesenkt. Bald jedoch wurde es sehr angegriffen und suchte durch eine längere Ruhe von den Anstrengungen und den Schmerzen sich zu erholen. In der Horizontallage wurde das Bein nur wenig bewegt. Patient legte es wohl hin und her, doch immer sehr vorsichtig, sichtlich aus Besorgniss vor dem Eintritte neuer Schmerzen. Gehoben wurde die Extremität nur mit Hilfe der Hände. Passive Bewegungen waren sowohl sehr schmerzhaft, als auch sehr beschränkt. Die Empfindlichkeit war ziemlich bedeutend. Bei Annäherung fremder Gegenstände suchte Pat. dieselben mit den Händen abzuwehren und gestattete nur ungern die Berührung des kranken Gliedes. An der Wirbelsäule fand sich im Lendentheile derselben eine spitzwinkelige Kyphose mässigen Grades, welche bis auf einige geringfügige Schmerzen vorläufig keine Beschwerden machte. Das Allgemeinbefinden war im Ganzen ein befriedigendes und die inneren Organe funktionirten normal. Der Ernährungszustand war aber nur von mässig guter Entwicklung. Am 17. April wurde mit der Kur begonnen. Am ersten Tage löste ich die Klemme schon nach wenigen Minuten. Mit jedem Tage ging ich allmählig in die Höhe und vom 21. April lag die Klemme täglich eine Stunde lang und manchmal auch darüber. Einige Male wurde das Verfahren täglich zwei Mal angewendet, dann aber jedes Mal bloss $^1/_2$ — $^3/_4$ Stunde lang. Was den Erfolg betrifft, so konnte ich am 6. Mal, also nach drei Wochen, folgenden Status feststellen: Die Umfangsdifferenz war von $1^1/_2$ Zoll oder 4 Ctm. auf etwa $^1/_2$ Ctm. zurückgegangen. Die Kondylen hatten die normalen Konturen wieder angenommen. Die Patella hatte sich wieder losgelöst und war leicht beweglich. Dabei hatte die Schmerzhaftigkeit fast vollständig nachgelassen, man konnte die Kondylen drücken und die Patella hin und her schieben, ohne dass eine Miene verzogen wurde. Die passive Beweglichkeit war nach der Flexionsseite hin ausgibiger und kaum schmerzhaft. Auch konnte das Bein vom Patienten leicht bis zur Vertikalen erhoben und minutenlange in dieser Stellung erhalten werden. An diesem Tage wurde die forcirte Extension in der Narkose gemacht und geschah dies hauptsächlich, weil ich eine neue Reizung des Gelenkes provoziren wollte, um das gelungene Experiment wiederholen

zu können. Die durch den Eingriff verursachte Reizung war bedeutend. Das Knie schwoll wieder an und wurde schmerzhaft; auch konnte man in der Gelenkhöhle in den folgenden Tagen Flüssigkeit entdecken. Unter der Fortsetzung des anämisirenden Verfahrens fingen jedoch die Entzündungserscheinungen an, eben so prompt zurückzugehen wie vor der Ausführung der forcirten Extension. Zwar erlitt nun die Kur auf einige Zeit eine Unterbrechung, denn das Wirbelleiden hatte, namentlich in den letzten Tagen, bedenkliche Fortschritte gemacht; es schienen von dieser Seite her unangenehme Symptome im Anzuge zu sein, so dass ich es nicht verantworten konnte, die lästigen Proceduren dabei fortzusetzen. Als aber einige Wochen später das Allgemeinbefinden wieder besser geworden war, wurde die Kur wieder aufgenommen. Während in der Pause der Zustand stationär geblieben war, hatte die Erneuerung der Anämisation nachträglich den Erfolg, dass zu Ende Juni die Heilung wenigstens in funktioneller Beziehung als eine vollständige anzusehen war. Das Knie war vollkommen unempfindlich und Patient konnte das Bein nach allen Richtungen werfen, ohne dass dabei eine Spur von Schmerz vorhanden war. Die Gehversuche, welche der Vorsicht wegen nur spärlich angestellt wurden, fielen verhältnissmässig gut aus. Patient trat dabei mit der ganzen Fusssohle auf und ging auf beiden Seiten gleichmässig. Eine mässige Anschwellung und eine etwas beschränkte Beweglichkeit sind zur Zeit die alleinigen Ueberreste des schweren Leidens. — Bezüglich der augenscheinlich leichten theoretischen Begründung der anämisirenden Methode möchte ich folgendes Wenige anführen: Dass die örtliche Blutentleerung, die wir ja hier ohne gleichzeitigen Blutverlust in einem Maasse erzeugen können, wie wir sonst bei weitem nicht im Stande sind, auf Entzündungszustände einen günstigen Einfluss hat, ist eine zu allen Zeiten giltige Ansicht gewesen; ebenso ist man geneigt, in der gleichzeitigen Aufhebung der Cirkulation ein Moment zu sehen, welches gegen Entzündungen nur von günstiger Bedeutung sein kann. Ueber die feineren Vorgänge hier irgend eine wohlfeile Theorie aufzustellen, halte ich nicht für angebracht, sondern will lieber auf die Einwände aufmerksam machen, welche sich gegen die Wahrscheinlichkeit einer Wirksamkeit der Anämisation von selbst darbieten. Erstens sollte man glauben, dass nach Lösung der Klemme der erhöhte Blutgehalt der Kapillaren, wie er thatsächlich beobachtet worden ist, die Wirkung der vorangegangenen Anämie vollständig paralysiren würde. Die Erfahrungen, die ich gemacht, sprechen gegen eine solche paralysirende Wirkung. Wahrscheinlich wird die übrigens schnell vorübergehende erhöhte Blutzufuhr weniger eine Anhäufung von Blut in den entzündlichen Theilen verursachen, als vielmehr eine starke und beschleunigte Blutbewegung in den Gefässen und dadurch gleichsam eine Ausspülung derselben zur Folge haben müssen, nachdem letztere sich während der Anämisation mit sog. Entzündungsprodukten gefüllt haben. Weniger leicht, vielleicht gar nicht zu widerlegen ist ein zweiter Einwand, nämlich der, dass wegen der Ausschaltung derjenigen Kräfte, welche die centripetale Blutbewegung im Nervensysteme verursachen, eine Entleerung der Gefässe in den entzündeten Theilen nicht leicht möglich sei. Im Gegentheil müssten die Kapillaren ihren Blutgehalt mittelst der Kapillaritätskraft festhalten. Letzteres kann nicht weggeläugnet werden und wir sind nur auf die anämisirende Wirkung des Einwickelns selbst und vielleicht auf etwaige günstig liegende Diffusionsverhältnisse angewiesen. Letztere Momente sind wohl als die wahrscheinlich wirksamsten anzusehen. Zum Schlusse möchte ich noch einige technische Bemerkungen machen: Als elastische Binde benützte ich ein 4 Ctm. breites Gummiband und führte die Einwickelung in der Art aus, dass ich die folgenden Touren zum grössten Theile die nächst unteren decken liess, während die Klemme durch 5 bis 8 sich ganz deckende Touren hergestellt wurde. Wir müssen auf diesen Punkt unsere Aufmerksamkeit ganz besonders lenken, weil bei unserem Zwecke die Sache ganz anders liegt als bei dem Zwecke der blossen Blutsparung. Bei letzterer ist die Abklemmung die Hauptsache und die Anämie wirkt nur unterstützend. Auch bei weniger vollständiger Blutleere würde der Blutverlust ein geringer sein, weil die blutbewegende Kraft ausser Wirksamkeit gesetzt ist. Bei der Operation an der Leiche ist ja der Blutverlust auch nur ein geringer, trotzdem eine wirkliche Blutleere nicht statthat. Bei dem anämisirenden Verfahren ist es dagegen die Hauptaufgabe, die möglichste Saftlosigkeit zu erreichen, welches wir als das hauptsächliche, direkt wirksame Moment ansehen, während die Abklemmung an und für sich zwar ein unbe-

dingt nothwendiges Hilfsmittel darstellt, indem es die hergestellte Saftlosigkeit erhält, jedoch in Betreff der Wirkungsart im Wesentlichen eine Nebenrolle spielt. Eine fernere Frage ist die: wie lange kann man die Klemme ohne weiteren Nachtheil liegen lassen? In dieser Beziehung braucht man meiner Ansicht nach nicht so ängstlich zu sein. Wenigstens spricht die theoretische Ueberlegung dafür, dass die vollständige Anämisation länger ausgehalten werden könne als etwa eine unzureichende Konstriktion, wobei vielleicht der Zufluss des arteriellen Blutes frei, der Abfluss des venösen aber verschlossen ist. Oedem und eine kolossale Druckerhöhung in den Gefässen dürften hier eher zur Gangrän führen, als wenn, wie bei der Anämisation, Venen und Arterien zugleich abgeklemmt werden. Ein Uebelstand, der möglichst beseitigt werden muss, sind die Schmerzen, welche durch die Klemme hervorgerufen werden. Um diesen möglichst vorzubeugen, muss das Klemmstück nicht fester angelegt werden als gerade zur Absperrung nothwendig ist. Hierüber lassen sich keine allgemeinen Regeln geben; nur lässt sich aus psychologischen Gründen vermuthen, dass man eher geneigt sein wird, die Binde zu fest als zu locker anzulegen. Auch würde zur Abklemmung eine breitere Binde von Vortheil sein, während zur Einwicklung eine schmälere sich besser eignen dürfte". (Allg. mediz. Centralzeitung, 1877, Nr. 97.) —

Mit dem Namen „Diabetes phosphaticus" bezeichnet L. J. Teissier eine Reihe von Krankheitsfällen, welche die wichtigsten Symptome der Zuckerruhr (Polyurie, Polydipsie, nervöse Beschwerden, Abmagerung, Tuberkulose, Furunkel etc.) darboten, während der Harn keine Spur von Zucker, dagegen abnorm viel Phosphorsäure enthielt. Er theilt diese Fälle in vier Gruppen: 1) Fälle mit sehr ausgesprochenen Funktionsstörungen im Bereiche des Nervensystems und nicht ungünstiger Prognose; 2) Fälle, welche begleitet oder beendigt werden von Lungenaffektionen; 3) Fälle, in welchen die Phosphaturie zugleich oder abwechselnd mit Zuckerharnen einhergeht; 4) Fälle, welche nicht in die vorgenannten Gruppen gehören und trotz der fehlenden Zuckerausscheidung in ihrem Verlaufe der Zuckerruhr sehr ähnlich sind. — Unter der 1. Gruppe werden 5 vorübergehend beobachtete Fälle von Diabetes insipidus mitgetheilt neben Hypochondrie oder anderweitigen unbestimmten nervösen Erscheinungen. Die Menge der Erdphosphate betrug bis zu 1.05 pCt. Unter der 2. Gruppe sind 6 Fälle von Polyurie bei verschieden weit vorgeschrittener Lungenphthisis. Bemerkenswerth ist hierbei, dass in 2 Fällen der in abnorm grosser Menge entleerte und zuckerfrei gefundene Harn ein auffallend hohes Gewicht (nämlich 1025 resp. 1030) zeigte. Ausser der Phosphorsäure zeigte mehrmals auch der Harnstoff eine beträchtliche Steigerung. Die 3. Gruppe umfasst 6 Fälle, in welchen zum Theile deutlich Zucker im Urine nachweisbar war und, wie aus einigen Analysen hervorzugehen scheint, die Menge der in demselben enthaltenen Phosphorsäure zunahm, wenn der Zucker abnahm. In zwei Fällen fand sich Zucker theils gar nicht, theils nur in Spuren neben geringen Mengen von Eiweiss. In der 4. Gruppe findet sich ein Fall von alter Hemiplegie, Kolloidgeschwulst der linken, Vergrösserung der rechten Niere und Herzhypertrophie, ferner 3 Fälle von doppelseitiger Katarakt, endlich der Fall eines im 21. Jahre verstorbenen Mädchens, welches seit der frühesten Kindheit mit zahlreichen kleinen Abszessen bedeckt war, welche beim Durchbrechen nach aussen einen zähen Inhalt entleerten und durch Verdunstung einen weissen pulverigen, fast ganz aus Kalkphosphat bestehenden Beschlag hinterliessen. Ueber Menge und Beschaffenheit des Urins war hier nichts weiter bekannt, als dass er häufig einen gelblichen, mit Schleim gemischten Bodensatz hatte. — Auf Grund dieser Fälle bespricht Teissier ausführlich die Pathologie der Phosphaturie. Die Polyurie, neben der vermehrten Phosphorsäure-Ausscheidung das Hauptsymptom, ist er geneigt aus dem hohen endosmotischen Aequivalente der Phosphate zu erklären, in Folge deren das Blut wasserreicher und die Diurese gesteigert werde; ausserdem könnte auch der Reiz des abnorm zusammengesetzten Harnes noch die Thätigkeit der Nieren erhöhen. Die Phosphaturie soll in der 1. Gruppe verursacht sein durch eine fehlerhafte Assimilation der Phosphate überhaupt und im Besonderen vielleicht des für die Ernährung der nervösen Elemente bestimmten Theiles; in der 2. Gruppe theils durch den Zerfall des Lungengewebes und die Aufnahme der dabei frei werdenden Mineralien in die Säftemasse, theils durch eine ganz eigenthümliche Beziehung zur Zuckerruhr. Diese Fälle sollen nämlich nur eine

atente Zuckerharnruhr darstellen und sich omit der 3. Gruppe nähern, in welcher 'eissier die Verwandtschaft beider Krankeiten sehr deutlich ausgesprochen findet. Er ermuthet, dass sich der Zucker in Milchäure umwandelt und diese die Phosphate er Gewebe auflöst, wofür er sich auf die 'ersuche von Heitzmann beruft und auf inen eigenen Versuch an einem Kaninchen, elches, wie er kurz angibt, nach Aufnahme on 300 Grm. Milchsäure 6 Mal so viel Phosorsäure ausschied als normal. Je nach der orhandenen Disposition werden von der Auflösung durch die Milchsäure die Lungen oder ie Knochen etc. betroffen. Aehnlich erklärt ich Teissier die Fälle der 4. Gruppe, zuual die 3 mit Kataraktbildung. — Aus der esprechung der Aetiologie, pathologischen natomie, Diagnose und Prognose ist nichts ervorzuheben. Für die Behandlung wird auptsächlich empfohlen Phosphor (in ätheriecher Lösung), demnächst Nux vomica, Kaffee, lkohol und allenfalls auch Arsenik; ferner eberthran und eine dem besonderen Zustande entsprechende Diät. Namentlich bei der latenten Zuckerruhr sollen eine antidiabetische Kost und Alkalien neben Nux vomica etc. verordnet werden. — In einem besonderen Kapitel bespricht Teissier die Beziehungen der Phosphaturie zu chirurgischen Verletzungen, ausgehend davon, dass die meisten der vorgenannten Kranken an Sehstörungen und 3 davon im Besonderen an Katarakt litten, deren Operation zwei Mal von einer eiterigen Schmelzung der Hornhaut gefolgt war. Für die Linsentrübung schreibt er dem Ueberschusse von Phosphaten im Blute eine Bedeutung zu, da Linsen in einer Lösung von Phosphaten wasserärmer werden. Die Schmelzung der Hornhaut kann er nicht von der Phosphaturie ableiten, denn bei einem Kaninchen, welches in Folge des Genusses von Milchsäure abnorm viel Phosphorsäure entleerte, heilte eine Wunde der Hornhaut auf dem einen Auge gerade so schnell und gut, wie sie vor der Phosphaturie auf dem anderen Auge geheilt war. Es muss also der Ernährungszustand im Allgemeinen an dem ungünstigen Ausgange schuld sein. In der Klinik von Desgranges wurde bei allen während eines Semesters operirten Staarkranken die Phosphorsäureausscheidung untersucht und nur der eine, bei welchem die Schmelzung eintrat, zeigte am meisten Erdphosphate im Harne. Den Einfluss einer gesteigerten Phosphorsäureausfuhr auf den Stoffwechsel beweist Verf. auch noch durch ein Experiment an einem Kaninchen, welchem ein Unterschenkel gebrochen und mit deutlichem Kallus geheilt war. Um diese Zeit betrug die 24stündige Phosphorsäure-Ausscheidung im Harn 0.25. Jetzt bekam es mit dem Futter Milchsäure von 5 bis zu 20 Grm. täglich. Nach 12—13 Tagen war der Kallus geschwunden, die Bruchenden wieder beweglich, am 16. Tage betrug die Harnmenge fast das Doppelte und die Phosphorsäure 2.1 Grm. Nach Tödtung des Thieres zeigten die Knochen, ganz besonders aber die Muskeln, einen Verlust an Phosphaten. — Der letzte Theil der Abhandlung bringt eine Zusammenstellung des bisher Bekannten über das Verhalten der Phosphorsäure im Urine unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen, eine weitläufige Auseinandersetzung der Untersuchungsmethoden und endlich Tabellen über eigene Untersuchungen Teissier's. Er fand im Morgenharne 0.18 und 0.225, im Urine aus der ersten Zeit der Verdauung 0.28 und 0.27, aus der späteren Zeit 0.22 pCt. Phosphorsäure. Der Vergleich des gewöhnlichen Verhaltens (A.) mit dem bei einer fast rein animalischen Diät (B.) (nämlich 1 Kilo Fleisch, 125 Grm. Brod, 2 Tassen Kaffee ohne Zucker, Wein $^3/_4$—1 Liter, Wasser $^3/_4$—$1^1/_2$ Liter) ergab (im Sommer): A. Mittel aus 7 Tagen 1400 CC. Harn, 1025 sp. G., 29.0 Harnstoff, 3.30 Phosphorsäure; B. Mittel aus 5 Tagen 1351 CC. Harn, 1034 sp. G., 39.5 Harnstoff, 4.19 Phosphorsäure. Die grössten Phosphorsäure-Mengen fielen zusammen mit den stärksten Harn-, nicht aber mit den stärksten Harnstoff-Mengen. Eine Vergleichung der gewöhnlichen Ernährung (A.) mit einer weniger stickstoffreicheren (B.) (0.5 Kilo Brod, 0.5 Kilo Vegetabilien oder Fische und Eier oder Butter, Käse und Milch, dann Wein und Wasser) ergab (im Frühjahre): A. . . . . 1600 CC. Harn, 1028 sp. G., 23.0 Harnstoff, 3.20 PO_5, 10.52 Cl.; B. Mittel aus 6 Tagen 908 CC. Harn, 1029 sp. G., 15.98 Harnstoff, 3.04 PO_5, 7.17 Cl. Auch hier ging die Harnmit der Phosphorsäure-Menge parallel, weniger mit der des Harnstoffes. Das Körpergewicht nahm in beiden Versuchsreihen ab, bei der zweiten jedoch viel stärker. Die Untersuchungen in Krankheiten haben Teissier ergeben: 1) Die Phosphate werden abnorm stark ausgeschieden im Beginne der Lungenschwindsucht und nehmen mit fortschreitender Kachexie ab (in Folge von Verarmung des Lungengewebes an Phosphaten). 2) Bei

Chlorose ist eine abnorm geringe Ausscheidung. Dies kann als diagnostisches Mittel von beginnender Phthisis dienen. 3) Bei Hirn- und Rückenmarks-Krankheiten und 4) bei chronischem Rheumatismus ist die Ausscheidung vermehrt, 5) in akuten fieberhaften Krankheiten und 6) in der Rekonvalescens trotz reichlicher Nahrungsaufnahme vermindert. (Paris, Baillière et fils, 1877.)

Folgendes sind die Hauptergebnisse der Untersuchungen, welche Prof. Dr. C. v. Thanhoffer über die Entzündung der Hornhaut (nebst einigen Bemerkungen über die Struktur derselben und über die Eosin-Reaktion) angestellt hat: 1) Die Blutgefässe, selbst die Blutkapillaren am Rande der Hornhaut des Auges (beim Meerschweinchen), liegen in perivaskulären Hohlräumen. Diese Hohlräume stehen einerseits mit den Saftlücken der Kornea, andererseits mit den nervenführenden, mit Endotelzellen gefütterten Kanälen in Verbindung, d. h. diese münden in einander. 2) Die Einwanderung bei der Entzündung der Hornhaut verbreitet sich nur von der Peripherie durch die perivaskulären Lymphräume und kann auch in den nervenführenden Kanälen stattfinden. 3) Nach dem Ritzen des episkleralen Theiles der Kornea mit der Nadel wandern in dieselbe, in die nervenführenden Kanäle und in andere Stellen der bekannten Wege Wanderzellen ein, welche das schwarze Pigment der in der Hornhaut befindlichen Episkleralkörperchen in sich aufnehmen; nach Einreiben von Karminpulver finden wir neben den schwarzen Pigmentkörnchen auch Karminkörnchen in den Wanderzellen der Hornhaut. 4) Die Theilungen der Wanderzellen bestätigen meine Untersuchungen. 5) Nach der durch Aetzung mit Höllenstein verursachten Entzündung der Hornhaut und nach Entfernung der gebrannten Epitelschichte bleiben auf der vorderen Oberfläche der Kornea zierliche epitelartige Zeichnungen zurück, deren Entstehung bisher noch zweifelhaft ist. 6) Während der Entzündung findet in der gefässlosen Hornhaut die Vermehrung der Hornhautkörperchen und auch die Einwanderung Statt. In den gefässvollen Geweben geschieht ebenso neben der Vermehrung der Bindegewebskörperchen auch die Einwanderung. 7) Die Wissozky'sche Hämoglobin-Reaktion auf Eosin tritt wirklich ein. Wenn das Präparat vorher auf einige Sekunden bis Minuten in Ueberosmiumsäure (1 pCt.) kommt und erst nachher in Eosin, so wird es haltbarer und markanter. In dem Schwanze der Froschlarven und in dem Gekröse und Darmnetze von neugeborenen Meerschweinchen zeigen sich die entsprechenden Gefässe sehr schön und in ihnen werden die Blutkörperchen glänzend und roh-kupferfarbig, ebenso die Hämatoblasten. 8) Während der Entzündung verändern sich auch die Nerven. Diese werden durch Wanderzellen und durch die — sich mehrenden — Elemente der Kerne der Nervenhüllen verworren und verschwinden später; mit der Zeit nehmen die Stellen derselben mit Ausläufern versehene und in einander mündende lange Zellen ein, welche theils Wanderzellen, theils Hornhautkörperchen ähnlich sehen und wahrscheinlich die Regeneration der Nerven beginnen. 9) Wenn wir die Gefässe des verbluteten Frosches durch das Herz so lange mit destillirtem Wasser ausspritzen, bis durch die geöffneten Venen reines farbloses Wasser herausfliesst, d. h. bis kein Blut mehr darin ist, so kann das Thier fünf Minuten, $^1/_4$—$^1/_2$, ja eine ganze Stunde, öfters mehrere Stunden, in einzelnen Fällen 1—2 Tage leben, wenigstens zeigt es die Erscheinungen des Lebens. Wenn wir nun bei einem solchen Frosche die Hornhaut mit Höllenstein oder glühender Nadel ätzen, so zeigt sich wohl keine Einwanderung bei der mikroskopischen Untersuchung, aber die Hornhautkörperchen mehren sich auf die gewöhnliche Art und Weise. 10) Es scheint, dass die Vermehrung der Kerne der Korneakörperchen deren Zugrundegehen anzeigt, während das Einwandern wahrscheinlich die Regeneration der Korneakörperchen bewerkstelligt. (Centralbl. f. d. mediz. Wissensch., 1877. 8. Dezember.) —

Auf der 50. Naturforscherversammlung zu München sprach Soltmann über Nervenerregbarkeit und Muskelzuckung bei Neugeborenen. Derselbe hat schon früher nachgewiesen, dass alle Bewegungen der Neugeborenen unwillkürlich sind und sucht nun die Frage, welche Rolle die peripheren Nerven für die erhöhte Reflexdisposition derselben haben, zu beantworten. Es wurden sehr zeitraubende und schwierige vergleichende Untersuchungen an neugeborenen und erwachsenen Kaninchen etc. in Bezug auf das Verhalten der peripheren Nerven angestellt. Nach Durchschneidung des Rückenmarkes wurden die unversehrten Ischiadici durch Oeffnungsinduk-

ionsschläge gereizt und fand sich, im Gegensatze zu der allgemeinen Ansicht, dass die Reflexerregbarkeit der Neugeborenen herabgesetzt ist, mit zunehmendem Alter aber zunimmt; schliesslich erreicht sie die der Erwachsenen. Weiter war abweichend die Art der Muskelzuckung. Redner stellt dieselbe anschaulich graphisch dar: Beim Erwachsenen findet die Zuckung plötzlich und jähe Statt, beim Neugeborenen langsamer und allmähliger. Sie dauert bei letzterem 5 Sekunden und trägt den Charakter der Ermüdung. So genügen 16—18 Stromunterbrechungen, um Tetanus hervorzurufen (beim Kaninchen), während bei erwachsenen Thieren 60—70 nothwendig sind. Auf den Menschen übertragen lässt sich Folgendes aussprechen: die Erregbarkeit der peripheren Nerven ist beim Neugeborenen herabgesetzt — entsprechend fungiren aber auch Hemmungsvorrichtungen noch gar nicht. Kinder von vier Monaten sind am erregbarsten, weil dann die peripheren Reize am stärksten wirken, ohne dass das Hemmungsnervensystem schon in Funktion ist. (Deutsche mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 49.) —

Ueber die Ursache der Häufigkeit der Zahnkaries und ihre Verhütung berichtet Alexander Stewart im Brit. med. Journ. 1877 Nr. 877: Die einzige und unmittelbare Ursache der Zahnkaries ist die Lösung der Kalksalze der Zähne durch Säuren, welche theils direkt in der Nahrung, in Getränken oder Arzneien enthalten sind oder aus zurückgebliebenen Nahrungsresten in Krankheiten oder während der Schwangerschaft sich bilden; nach Tomes und Sewill wurden Zähne in Aepfelwein vollkommen gelöst, in einer Lösung von Milchsäure und einer solchen von Citronensäure löste sich nach zwei Jahren der Zahnschmelz in Pulverform ab; die Erscheinungen der Karies wie im Munde zeigten Zähne in einer Flüssigkeit mit den gewöhnlichen Nahrungsstoffen durch Bildung von Essig- und anderen Säuren; im Wasser mit etwas Speichel und ganz wenig Brod wurden Zähne nach 20 Tagen weich, in Zuckerlösungen, welche saure Reaktion annahmen, wurden sie wie im Munde verändert. Es sind also äussere Einflüsse, Säuren, nicht Anomalieen der gesammten Ernährung, welche die Karies bedingen, der Gang ihrer Wirkung ist nur verschieden nach Dicke und mehr oder weniger gleichmässiger Vertheilung des Schmelzes und nach Art der einwirkenden Säuren. Die mitgetheilten Fälle sind äusserst belehrend. Als prophylaktisches Mittel empfiehlt Verf. fleissige Spülung des Mundes nach den Mahlzeiten und besonders auch nach säurehaltigen Getränken und Arzneien mit Wasser und zur Neutralisation der Säuren den Gebrauch eines Mundwassers, bestehend aus einem Theelöffel voll Natrum bicarbonicum, einem Esslöffel Eau de Cologne in einem Quart Wasser, von welcher Lösung eine geringe Menge mit warmem Wasser verdünnt zur jedesmaligen Spülung genommen wird; für ärmere Personen kann das kölnische Wasser durch ein Stückchen Kampher ersetzt werden. —

In einem Aufsatze über cerebrale Thermometrie in der Gazette médicale de Paris, 15. Sept. 1877, berichtet M. Broca Folgendes: Setzt man einen Thermometer, welcher in einem kleinen mit Watte gefüllten Säckchen steckt, auf die Schläfe, so erhält man nach 20—40 Minuten eine bestimmte, nämlich die cerebrale Temperatur; man kann 6 Thermometer auf vollständig symmetrische Punkte vereinigen, welches Ensemble von Broca als „thermometrische Krone" bezeichnet wird. Verf. hat zuerst die Temperatur an 12 gesunden Individuen festgestellt. Er wählte hierzu linkerseits die Punkte F, T, O; rechterseits die Punkte E′, T′, O′, wovon F und F′ dem Niveau des Jochfortsatzes des Stirnbeins, T und T′ dem Niveau des äusseren Gehörganges und O und O′ der Protuberantia occipitalis externa entsprechen. Die Mitteltemperatur war linkerseits 34°, rechterseits 33,9°; diese Differenz wird durch die grössere Thätigkeit der linken Seite erklärt. Die Untersuchungen der verschiedenen Regionen haben ergeben, dass das Gehirn wärmer ist in der mittleren als in der vorderen und hinteren Partie. Nachdem Verf. das Gehirn einer wirklichen Arbeit unterworfen, fand er in F linkerseits 34,0° und in F′ rechterseits 34,22°. Bei Embolie fand er eine Erniedrigung der Temperatur, entsprechend dem Niveau der Embolie. Verf. glaubt, dass die Thermometrie ein wichtiges Mittel sei für die Diagnose dieser Läsion. —

Bereits im vorigen Jahre veröffentlichte Dr. Max Knies einen Aufsatz, worin er,

gestützt auf die Untersuchung von 14 Augen, darzulegen bestrebt war, dass das Glaukom veranlasst werde durch entzündliche Vorgänge in der Umgebung des Schlemm'schen Kanales und durch Obliteration des Fontana'schen Raumes. Durch weitere acht Fälle, welche Vf. in Graefe's Archiv Bd. XXIII Abth. 2 beschreibt, sucht er die Richtigkeit seiner früheren Behauptung zu beweisen, dass nämlich in der That die Obliteration des Fontana'schen Raumes als vorwiegende Ursache des Glaukoms anzusehen ist. Da nun der glaukomatöse Vorgang lediglich durch verminderte Flüssigkeits-Abfuhr aus dem Auge veranlasst werde und der Fontana'sche Raum sowie der Schlemm'sche Kanal dabei eine wesentliche Rolle spielen, so spricht Knies die gerechte Erwartung aus, dass die Sklerotomie der Iridektomie bei der Operation des Glaukomes substituirt werden möge. —

Sinclair Coghill berichtet über den nachstehenden Fall von subkutanen Ergotin-Injektionen bei Struma (in Lancet v. 4. August 1877): Eine Frau von 48 Jahren hatte eine grosse Struma, woran die ganze Schilddrüse gleichmässig betheiligt war. Die Schwellung datirte seit der Pubertätsentwicklung und hatte bei jeder Menstruation, bei jeder Schwangerschaft merklich zugenommen. In der letzten Zeit waren Athem- und Schlingbeschwerden aufgetreten. Coghill machte innerhalb zweier Monate sechzehn subkutane Einspritzungen mit einer wässerigen Lösung von Ergotin, anfangs $^1/_2$, später 1 engl. Gran auf ein Mal, in die Gegend der Geschwulst. Die Verkleinerung derselben erfolgte rasch, die Beschwerden hörten auf, die bisher regelmässige und reichliche Menstruation blieb durch sechs Wochen ganz aus; die Patientin nahm, ohne sich übel zu befinden, in der Zeit der Behandlung um 14 Pfunde am Körpergewichte ab. —

H. P. Bowditch hat eine grosse Zahl von Messungen und Wägungen an den Schulkindern in Boston mit Rücksicht auf Alter, Geschlecht, Nationalität etc. angestellt und tabellarisch geordnet. Seine Schlüsse sind folgende: 1) Bis zum 11. oder 12. Jahre sind Knaben grösser und schwerer als gleichalterige Mädchen. In den 2—3 folgenden Jahren übertreffen die Mädchen die Knaben an Grösse und Gewicht, haben dann aber nahezu ihr Wachsthum vollendet, während die Knaben noch weiter wachsen. 2) In Boston sind Kinder amerikanischer Eltern grösser und schwerer als Kinder nicht eingeborener Eltern, was theils von der grösseren Wohlhabenheit jener, theils von Stammeseigenthümlichkeiten herzurühren scheint. 3) Wahrscheinlich aus denselben Gründen sind die von amerikanischen Eltern stammenden Schüler der höheren Schulen den Schülern gleicher Abstammung aus allen öffentlichen Schulen überlegen. 4) Ebenso übertreffen dieselben an Grösse und Gewicht die Schüler englischer Abstammung aus den nicht arbeitenden Klassen. 5) Bei einer Körperlänge unter 58 Zoll sind Knaben verhältnissmässig schwerer als Mädchen, bei über 58 Zoll ist es umgekehrt. (From the annual Report of the state board of health of Massachusetts, 1877.) —

Gegen den lästigen zumal Schwangere sehr häufig heimsuchenden Pruritus vulvae empfiehlt Gill eine Auflösung von 0.25 bis 0.35 salpetersauren Alaun in 30.0 destillirten Wassers, lässt die Flüssigkeit in die Scheide einspritzen und die äusseren Theile damit waschen. (Allg. mediz. Centralzeitung. 1877, Nr. 93.) —

Das von Sennaria zu Ragusa bei Ekzem und Akne vortheilhaft verwendete Pulver aus 4 Theilen Schwefelblumen und 1 Theil *rothen* Präcipitats will derselbe nun zur Verhütung der Narbenbildung nach Variola mit Erfolg auf die mit Glyzerin bepinselten eiternden Pusteln aufgestreut haben. Die so gebildete Kruste fällt bei Heilung der *Pusteln* ab, ohne dass eine Narbe zurückbleibt. (Gaz. med. ital. lomb. 1877, 44.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

INHALTS-VERZEICHNISS

zum Jahrgang 1877

der medizinischen Neuigkeiten.

bdominaltyphus, Lähmung der Glottiserweiterer danach 3; A— der Kinder 270; A— s. Ileotyphus.
führmittel, deren Einfluss auf das Zahlenverhältniss der Blutkörperchen 335.
bortus s. Frühgeburt.
bszesse s. betreffende.
chseltemperaturmessungen 197.
cidum bromohydricum, dessen Wirksamkeit 37.
conitinwirkungen bei Neuralgieen 343.
derhautaffektionen, tuberkulöse 149.
lbuminurie, deren Ursache 406; A—, Koincidenz von deren Dauer mit der des Delirium 164; A— bei Morphinismus 158.
lkaloide s. betr.
lkohol, Modifikationen des Kohlensäureaustausches danach 26; A— in gewissen Fällen von Schlaflosigkeit 72.
mblyopia saturnina 14.
naemia perniciosa 324; A— —, Beschaffenheit von Blut und Knochenmark 147; A— —, Eiseninjektion dagegen 16; A— —, Sektionsbefund 38.
nämische, Resultate aus Untersuchungen des Blutes solcher 103.
nästhesie für kleine Operationen 320; A—, Metallotherapie dagegen 120.
nästhetica s. betr.
neurysmen 303; A— s. betr.
ngina vgl. Diphtherie.
ngst und Kummer Ursachen granulirter Niere 207.
nusfissuren bei Kindern 89.
nuskontraktur bei Kindern 318.
ortaklappen, akute Endocarditis an solchen nach Gonorrhoe 180.
ortenbogenaneurysmen komplizirt mit Lungentuberkulose 31.
rbeiterwohnungen, gesunde, deren Werth 175.
rmbäder, heisse, gegen Krup 63.
rmvolumsveränderungen während vollster Körperruhe 52.
rsenik gegen Lymphdrüsentumoren 295; A— — maligne Lymphome 177.
rsenikvergiftung, chronische 406.
rterien, deren Degeneration 332, 339; A—, Koincidenz von Gallensteinen damit 40; A—, Entstehen von Kalkeinlagerungen in erstere 407; A— s. betr.
rznei-Exantheme 396.
ether s. Weingeist.
theromasie 332, 339.
thetose 204.
thmen, vesikuläres 182.
thmung, Wirkung schmerzhafter Reize darauf 88; A— s. Inspiration, Respiration.
thmungsänderungen von Einfluss auf den Stoffwechsel? 58.
trophie durch Dyspepsie, Beschaffenheit des Urines dabei 53; A— s. betr. Organe.
tropin in der Augenheilkunde 366.
etzammoniak gegen Rheumatismus 46.
etzmittel bei Syphilis 19.
ugen, Wirkung des Kalabar darauf 198; A—, Störungen von deren Refraktion oder Accommodation als Ursache von Kopfschmerzen 70.
ugenaffektionen und Allgemeinerkrankungen, Beziehungen zwischen solchen 201; A— s. Ophthalmie u. betr. Leiden.
ugendrainage bei Netzhautablösung 292.
ugenkrankheiten, Atropin und Kalabar dagegen 366; A— bei Diabetes 397; A— s. die betr. u. die betr. Theile des Auges.
ugenspiegel bei Geisteskranken 369.
ugentemperatur 368.
ugenwinkelkysten 152.
uskultation der Mundhöhle zur Erkennung früher Stadien der Phthise 66.
usschläge s. Hautkrankheiten etc.

Baden, Bedeutung der Haut dabei 48.
Bäder, deren Wirkung auf die Körpertemperatur des Säuglings 239; B— s. betr.
Bakterien, Züchtungsresultate 297; B— s. Fäulnissorganismen u. die betr.
Balneotherapie der Syphilis 23.
Bauchbrüche 191.
Bauch-Empyeme 108.
Bauchschnitt s. Laparatomie.
Beleuchtung, künstliche, in Bezug auf Luftverunreinigung und Temperatursteigerung 6.
Blase s. Harnblase.
Blasenausschlag s. Pemphigus.
Blasenbrüche 223.
Blasenkatarrh 161.
Blasenstein vgl. Lithotomie, Lithotripsie.
Blattern vgl. Vaccination, Variola.
Blausäurevergiftung 11.
Blei-Aufnahme und -Abgabe, Verhalten der Galle dazu 216.
Bleierkrankung 24, 56.
Blephorrhaphia medialis 232.
Blut, quantitative Bestimmung des Zuckers darin 293; B—, eigenthümliche Krystalle darin bei Leukämie 69.
Blutarmuth s. Anämie.
Blutergüsse in serösen Höhlen 294.
Blutgefässsystemverbindung mit den Anfängen der Lymphgefässe bei bestehender Stase 311.
Blutgerinnung, deren Ursachen 46.
Blutgeschwulst s. Thrombus.
Blutkörperchen, rothe, deren gleiche Beschaffenheit bei verschiedenen Raçen 208; B—, Einfluss von Abführmitteln auf das Zahlenverhältniss der ersteren 335.
Blutleere, künstliche 174.
Blutspeien s. Hämoptoe.
Blutstillungsmittel bei Metrorrhagieen 32, 388.
Bluttransfusion 176; B—, Vermeidung von Gerinnselbildung dabei 400; B— s. Transfusion.
Blutungen 364; B— s. betr.
Blutuntersuchungen bei Anämischen 103; B— bei Schwangeren 178; B—, spektroskopische 259.
Blutzersetzung, septische 249.
Blut- und Lymphkapillaren, wie weit kann mit ihnen der Harn durch die Schleimhaut der Blase hindurch in einen Diffusionsaustausch treten? 228.
Borsäure gegen Diphtherie 96; B— als Verbandmittel 334.
Brenner, neuer, als Ersatz des Glüheisens oder des Galvanokauter 7.

Bromkali in gewissen Fällen von Schlaflosigkeit 72.
Bronchialkatarrh, Theer dagegen 295.
Bronchiektasie, Rheumatoid dabei 64.
Brüche s. Hernien u. betr.
Brucheinklemmung 90, 181.
Bruchsackinhalt, Verhütung von dessen Wiederaustritt nach Radikaloperationen 328.
Brustkrankheiten s. betr.
Bulbärparalyse 262.

Chiasma, Ermittlungsversuche der Sehnervenkreuzung im ersteren 379.
Chinin, Modifikationen des Kohlensäureaustausches danach 26; Ch—, schwefelsaures, gegen epileptische Anfälle 87.
Chininausschlag 307.
Chloral als Schmerzstillungsmittel 168; Ch— in der Geburtshilfe 24, 128; Ch— gegen Pityriasis capitis 96; Ch— in gewissen Fällen von Schlaflosigkeit 72.
Chloralausschlag 307.
Chloroform mit endermatischer Verabreichung von Morphium 363.
Chloroformnarkose, Morphium zur Verhütung unangenehmer Zufälle dabei 60; Ch—, Pupillenveränderungen darin 240.
Cicutinwirkungen 171.
Cirkulation, Beziehungen zwischen Erkrankungen der betr. Organe und Augenaffektionen 201.
Cirrhose s. betreffende.
Colpohyperplasia cystica 398.
Cyanochrosis nosocomialis 247.
Cysticerken 241.

Dammrisse, deren Ursache 407.
Dampf, Verbrühung dadurch 56.
Darm, Apparat zur Einleitung von Flüssigkeiten in denselben 133.
Darmblutungen bei Ileotyphus 49.
Darmerweiterung s. Mastdarmerweiterung.
Darmleiden s. betr.
Decapitation 197.
Degeneration s. betr.
Delirium, Koincidenz von deren Dauer mit der der Albuminurie 184.
Dengue 118.
Dermatosen, Forschungsergebnisse auf dem Gebiete der Nervenphysiologie für erstere 78, 90, 99; D— s. Hautkrankheiten u. betr.
Diabetes, salicylsaures Natron dagegen 51; D—, Augenerkrankungen dabei 397; D— mellitus infantum 304; D— — bei Neuralgie des Ischiadicus 308; D— — und Ekzem 393; D— phosphaticus 412.
Diätetik des Säuglingsalters 239.
Digestionsorgane, Beziehungen zwischen deren Erkrankungen und Augenaffektionen 201.
Digitalis, Modifikationen des Kohlensäureaustausches danach 26; D—, Ausschlag dadurch 307.
Diphtherie 271, 276, 321; D—, Borsäure dagegen 96; D—, Neurin dagegen 120; D— vgl. Krup etc.
Drainage, deren Vortheile 38.
Drüsenleiden s. Skropheln u. betr.
Ductus choledochus, Lebercirrhose durch dessen Unwegsamkeit 62; D— —, Veränderungen der Leber durch dessen Unterbindung 83.
Dysmenorrhoea membranacea, Beschaffenheit der dabei sich abstossenden Hautstücke 34; D— vgl. a. Menstruation.
Dyspepsie, Atrophie danach, Urinbeschaffenheit 53.

Echinokokken der Leber 403.
Eier der Säugethiere, deren erste Entwickelung 145.
Eierstock s. Ovarium.
Eierstockexstirpation 372.
Eingeweide, erkrankte, deren Verhältniss zu Traumen 252.
Einreibungskur der Syphilis 23.
Eiseninjektion gegen perniziöse Anämie 16.
Eiterinfektion, deren Beziehung zum Fibrinferment 281.
Eiterkörperchen, deren Gestaltveränderungen 149.
Eiweisszerfall im Thierkörper, Einfluss verminderter Sauerstoffzufuhr zu den Geweben auf ersteren 123.
Ekzem und Diabetes mellitus 393; E— s. betr.
Elektrizität s. Strom, konstanter.
Elektrolyse bei Geschwülsten 368.
Elektropunktur gegen Varicocele 38.
Embolie 317, 319, 326.
Embolische Nephritis 363.
Embryoulcie 197; E— s. Geburtshülfe.
Emphysem s. betreffendes.
Empyem 273; E— s. betr.
Endemieen s. betr.
Endokarditis, akute 244; E—, —, an den Aortenklappen nach Gonorrhoe 180.
Endometritis, chronische, des Uteruskörpers 183.
Entbindung, Verhalten der Gebärmutterinnenfläche danach 134; E— s. Geburt, Querlagen, Placenta u. die betr. Operationen u. Zustände.
Entzündliche Reize, Verhalten des Knochenmarkes dagegen 300.
Entzündungen, mitgetheilte oder übertragene 78; E— s. betr.
Entzündungsherde, geschlossene, Kokkobakterien darin 169.
Entzündungslymphe und Stauungslymphe 243.
Enuresis nocturna 276.
Epidemieen s. betr.
Epiglottisveränderungen 270.
Epilepsie 57, 87, 142.
Epistaxis 16.
Epitheliom 75.
Epithelkrebs der Haut 287, 403.
Ergotin gegen Hämoptoe 211; E— gegen Struma 416.
Ergüsse, seröse und eiterige, Thoracocentese dabei 29; E— s. betr.
Erkältung 326.
Ernährung, künstliche, der Säuglinge 239.
Ernährungsstörungen, deren Beziehungen zum Sehorgan 204.
Eruptionsfieber und idiopathische Erythrotitis, Beziehungen zwischen beiden 76.
Erysipelas 50, 184; E— phlegmonosum 237; E— s. Rose.
Erythema exsudativum 71; E— nodosum 116.
Eserinwirkungen 200.
Esmarch's Verfahren zur Erzielung künstlicher Blutleere 174, 303.
Essigsäureinjektionen, parenchymatöse, bei Karzinom 358.
Eucalyptol, dessen Wirkung 136.
Exantheme s. betr.
Exostosen, multiple 264.
Exsudate s. betr.
Extremitäten, anämisirende Behandlung von deren Erkrankungen 409 E—, Messungsmethoden von deren Längenverhältnissen 257; E— s. betr.

Facialislähmung 144.
Faserstoff, dessen Ursprung 46.
Fäulniss s. Putrefaktion.
Fäulnissorganismen bei septischen Prozessen 302; F— s. Bakterien u. betr.
Fermentation 374.
Fett in den Geweben des Thierkörpers, Resultate aus Versuchen damit 132.
Fettbildung, gesteigerte Koincidenz von Gallensteinen damit 40.
Fettembolie 319.
Fettherz 114.
Fettnadeln im Scheidenschleim 152.
Fieber, Einfluss thierischer Wärme auf solche 110; F—, Mittel zur Herabsetzung der Harnstoffausscheidung in solchen 247; F—, Schwefelsäure- und Stickstoffausscheidung in solchen 407; F—, Herzspitzengeräusche dabei 368; F— s. betr.
Fibrinferment, Beziehung von Thrombose und Transfusion, Eiter- und septischer Infektion zu ersterem 281.
Fissuren s. betr.
Fisteln, deren unblutige Heilung 112; F— s. betr.

ammerbewegung, deren Kraft 72.
tus, welche Stoffe können in dessen Kreislauf von der Placenta materna und Pl. foetalis aus gelangen? 103; F— vgl. Geburt, Querlagen, Schwangere und die verschiedenen Krankheiten u. Zustände.
ctura colli humeri und Luxatio humeri subcoracoidea 7; F— s. betr.
uenkrankheiten s. betr.
uenmilch, Mikroskopie derselben 396; F—, deren Ersatz s. Milch-Surrogate.
emde Körper s. betr.
ucht vgl. Fötus, Geburt, Querlagen, Schwangere und die verschiedenen Krankheiten u. Zustände.
uchtwasser 361.
ühgeburt, künstliche 408.
asleiden s. betr.
asschweisse, Mittel dagegen 296.

alle, wie verhält sie sich zur Bleiaufnahme und Bleiabgabe? 216.
allengang s. Ductus choledochus.
allensteine, deren Koincidenz mit Arteriendegeneration und Fettbildung 40.
alvanokauter, dessen Ersatz durch einen neuen Brenner 7.
ase s. betreffende.
astrische Krisen bei Tabes, von den Nieren ausgehend 399.
angmen, weicher, Erysipel desselben 184.
ebäranstalt in München, dortiger Gesundheitszustand 39.
ebärende vgl. Geburt, Nachgeburtsperiode, Placenta, Uterus, Wöchnerinnen und die verschiedenen Krankheiten und Zustände.
ebärmutterblutungen 16.
ebärmutterinnenfläche nach der Entbindung 134.
ebärmutterleiden s. Uterus u. Betr.
ebärmutterzerreissungen 225.
eburt nach dem Tode der Mutter 353; G— s. Nachgeburtsperiode, Placenta, Querlagen, Uterus und die verschiedenen Erkrankungen u. Zustände.
eburtshülfe, Chloralhydrat dabei 24, 128; G— s. Embryoulcie, Querlagen u. betr. Organe, Operationen u. Instrumente.
ehirn, dessen Einfluss auf Lunge und Herz 215; G— s. u. Grosshirn, Hirn.
ehirnbewegungen 256.
ehirncentren, von denen die Körperbewegungen abhängen, Resultate bez. Untersuchungen 260.
ehirnentzündung s. Meningitis.
ehirnerscheinungen im Typhus 199.
ehirnhautentzündung s. Meningitis.
ehirnhydatiden 389.
ehirnleiden s. betr. u. betr. Gehirntheile.
Gehirnrinde s. Grosshirnrinde.
Gehirntumoren, deren Lokalisation 289.
Geisteskranke, Augenspiegel-Studien bei solchen 371; G— s. betr. Erkrankung.
Geistig und nicht geistig Beschäftigte, deren Kopfumfang 405.
Gelenkentzündung, fungöse 194.
Gelenkleiden s. betr.
Gelenkluxationen 400.
Genitalien s. betr.
Geschwülste, Elektrolyse dagegen 368; G— s. betr.
Geschwüre, Wirkung konstanten Stromes auf solche 192; G— s. betr.
Gesichtshaut, Epitelkrebs derselben 287.
Gicht, deren Beziehungen zum Sehorgan 203.
Gift s. betr.
Glaukom 2, 158, 416; G— vgl. Hornhauterkrankung u. Betr.
Gliome 170.
Glossitis, syphilitische 336.
Glottiserweiterer, deren Lähmung nach Abdominaltyphus 3.
Glüheisen, dessen Ersatz durch einen neuen Brenner 7.
Glykosurie s. Diabetes mellitus.
Glyzerin, dessen giftige Eigenschaften 111.
Gonorrhoe, akute Endokarditis der Aortaklappen nach ersterer 180.
Granulationsgewebebildung Ursache krankhafter Vorkommnisse der Skrophulose 77.
Grosshirnhemisphären, motorische Centren darin 55, 299.
Grosshirnrindenkonvexität, Resultate aus Exstirpationsversuchen bei Hunden 367.

Haare, zur Histologie derselben 236.
Hämoptoe, Subkutan-Injektionen dabei 210.
Hämorrhagieen s. betr.
Hämorrhoiden 96, 207.
Hämostaticum s. Blutstillungsmittel.
Hanf, indischer, dessen Alkaloid 160.
Harn, Bestandtheile von dessen nach einigem Stehen auftretenden Trübungen 64; H—, wie weit kann er durch die Schleimhaut der Blase hindurch mit den Blut- und Lymphkapillaren in einen Diffusionsaustausch treten? 228; H—, Nachweis von Quecksilber in solchem 253; H—, Steigerung von dessen Schwefelsäure nach Schwefelblumen 179; H— im Verlaufe des normalen Wochenbettes 30; H— s. Urin.
Harnabsonderung, Wirkung kohlensäurehaltiger Getränke darauf 298.
Harnblase, Ausspülung derselben 134; H—, über den Druck in derselben 228; H—, Untersuchung von deren Epitel 199.
Harnblasenstein vgl. Lithotomie, Lithotripsie.
Harnentleerungshindernisse bei Prostatahypertrophie, Beseitigung der ersteren 248.
Harnleiden s. betr.
Harnorgane, deren Beziehungen zum Sehorgan 201.
Harnröhrenschleimfluss s. Gonorrhoe.
Harnröhrenschnitt s. Urethrotomie.
Harnröhrenverengerung s. Phimosenoperation.
Harnruhr s. Diabetes.
Harnstoffausscheidung, Mittel zu deren Herabsetzung in fieberhaften Krankheiten 247.
Harnstoffbildung in der Leber 172.
Hasenscharte 174.
Haut, deren Bedeutung beim Baden 48; H—, Wirkung des Wassers auf erstere 101; H—, deren Resorptionsvermögen 366.
Hautkrankheiten, deren Beziehungen zum Sehorgan 203; H— s. Dermatosen u. betr.
Hautkrebs 75, 287, 403.
Hauttemperaturmessungen 197.
Hegar's Trichterapparat 133, 401.
Hemiopie 1.
Hemiplegie und Hemianästhesie bei Verbrennung 143.
Hemmungsnervensystem Neugeborener 118.
Hernien, inkarzerirte 48; H—, deren Radikalkur 43, 303.
Herpes 113; H— genitalis 180.
Herz, zur Anatomie, Histologie und Physiologie desselben 155; H—, dessen Aktivität auch während seiner Diastole 163; H—, — Störungen durch Pulsverlangsamung 367; H—, Einfluss des Gehirnes auf ersteres 215; H— und Gefässe, Einwirkung der Inspiration verdichteter Luft auf dieselben 37.
Herzbeutelparakentese 296.
Herzhemmungssystem Neugeborener 280.
Herzleiden s. betr.
Herzspitzengeräusche in fieberhaften Krankheiten 368.
Herzthätigkeit, arhythmische 360.
Hirn s. Gehirn, Grosshirn.
Hirnhemisphären s. Grosshirnhemisphären.
Hirnpulsationen, Werth von deren Fehlen bei blosliegender harter Hirnhaut 359.
Hirnrinde, Gliome ders. 170; H— s. Grosshirnrinde.
Hirnsyphilis 54.
Hodentuberkulose 220.
Hornhaut des Auges, deren Physiologie und Histologie 13.
Hornhautentzündung 414; H— s. Keratitis.

Hornhauterkrankungen, Kalabar dagegen 54; H— vgl. Glaukom u. betr.
Hornhauttransplantation 330, 331.
Humerusfraktur und -Luxation 7.
Husten s. Keuchhusten, Winterhusten.
Hydatiden an den Aderflechten des Gehirnes 389.
Hygroma infrapatellare profundum 255.
Hyoscyamus gegen Schlaflosigkeit durch Nierenleiden 72.

Ichthyosis 294.
Ignipunktur gegen chronische Osteomyelitis 195.
Ikterus, katarrhalischer 115.
Ileotyphus, Darmblutungen dabei 49; I— s. Abdominaltyphus.
Impf-Keratitis 53.
Impfung s. Vaccination, Variola-Impfung.
Impotenz, männliche, Einfluss der Phimosenoperation auf erstere 190.
Infektionskrankheiten, deren Beziehungen zum Sehorgan 203; I— s. betr.
Inspirationen, Ausdehnung der Lungenspitzen während der ersteren 224; I— vgl. Athmen.
Intermittens, Melanämie dabei 312; I— s. Wechselfieber.
Intussusception, Laporotomie dabei 277.
Jod, über dasselbe 140.
Jodkali gegen Bleierkrankung 24.
Jodoform gegen Schankergeschwüre 310; J— — Syphilis 19.
Iritomie 15.
Ischiadicusneuralgie bei Diabetes mellitus 308.
Ischias 267.

Kaiserschnitt ersetzt durch Uterusexstirpation 399.
Kalabar in der Augenheilkunde 366; K— gegen Hornhauterkrankungen 54, 198.
Kalk, phosphorsaurer, gegen die Anschauung des Nichtstattfindens einer Verarmung der Knochen daran 167.
Kalkeinlagerungen in die Arterien 407.
Kallusbildung 51.
Kalomel, subkutane Injektionen damit gegen Syphilis 76; K— s. Quecksilber.
Kälte, deren Wirkung 165.
Kaltwasserkur s. Balneotherapie.
Kankroid, dessen Entwickelung 291; K— s. Karzinom u. betr.
Karbolsalicylwatteverband 296.
Karbolsäure als Reinigungsmittel bei Syphilis 19; K—, Injektionen damit gegen Lungenphthise 7.
Karies s. Zahnkaries.
Karzinom, parenchymatöse Essigsäureinjektionen dagegen 358; K— s. betr.
Katarrhe s. betr.
Katheter, platte 334.
Kehlkopfkrankheiten Typhöser 199.
Kephalotripter und Kranioklaster 354.
Keratitis 53, 414.
Keratosen s. Hornhauterkrankungen.
Keuchhusten 125, 398.
Kindbettfieber s. Puerperalfieber.
Kinder vgl. Schulkinder u. die verschiedenen Krankheiten und Zustände.
Kinderlähmung, spinale 99.
Kindersterblichkeit, geringe, in gesunden Wohnungen 175.
Kindeslagen s. Querlagen.
Klappenfehler 96.
Klumpfuss 55.
Klystire ersetzt durch Hegar's Trichterapparat 134.
Knochen, gegen die Anschauung von dem Nichtstattfinden einer Verarmung an phosphorsaurem Kalke 167; K—, deren Perkussion 70.
Knochenauswüchse s. Exostosen.
Knochenentzündung s. Ostitis.
Knochenerkrankungen bei Syphilis 31; K— s. betr.
Knochenerweichung s. Osteomalacie.
Knochenmark, dessen Verhalten gegen entzündliche Reize 300; K—, eigenthümliche Krystalle darin bei Leukämie 69.
Knochenmarkentzündung s. Osteomyelitis.
Kohlehydrate, zur Physiologie derselben 269.
Kohlensaure Getränke, deren Wirkung 167, 298.
Kohlensäureaustausch nach Alkohol, Chinin, Digitalis und Morphium 25.
Kokkobakteria-Vegetationen in geschlossenen Entzündungsherden 169.
Kolpaporrhexis 226.
Kompressionsmethode 329.
Konzeption, Syphilisübertragung dadurch 284.
Kopfleiden s. betr.
Kopfschmerzen, häufige Ursache von solchen 70; K— s. Migraine u. Betr.
Kopfumfang geistig und nicht geistig Beschäftigter 405.
Körperbewegungen abhängig von Gehirneentren 260.
Körpertemperatur s. u. Temperatur.
Kosmolin, dessen Nutzen 308.
Koxitis 233.
Krampfkrankheiten s. betr.
Kranioklaster und Kephalotripter 354.
Krankheiten s. betr.
Krebsleiden s. Kankroid, Karzinom u. Betr.
Kreislauf, Wirkung schmerzhafter Reize darauf 88.
Kresotinsäure, deren Wirkungen 16.
Kropf 50, 150, 416.
Krup 63; K— vgl. Diphtherie etc.
Kummer Ursache granulirter Niere 207.
Kysten s. betr.
Lachgas relativ ungefährlich f. Zahnoperationen 70.
Lähmung 99; L—, periphere 65; L— s. Hemiplegie, Kinderlähmung, Paralysis u. betr.
Laktosurie 406.
Laparotomie 221, 277.
Leber, neue Funktion derselben 270; L—, Harnstoffbildung darin 172.
Leberatrophie, akute 244.
Lebercirrhose durch Unwegsamkeit des Ductus choledochus 62.
Leberechinokokken 403.
Leberferment, zuckerbildendes 320.
Leberveränderungen in Folge Unterbindung des Ductus choledochus 62.
Leichengeburten 353.
Leptomeningitis acuta tuberculosa cerebrospinalis 98.
Leukämie 17, 52; L—, eigenthümliche Krystalle in der Milz, im Knochenmarke und im Blute 69.
Lippen, Epitelkrebs derselben 287.
Lister's Methode bei der Ovariotomie 348.
Lithotomie, Nachbehandlung 334.
Lithotripsie, Nachbehandlung 334.
Luft, verdichtete, Einwirkung von deren Inspiration auf Herz und Gefässe 37.
Lufteintritt in die Venen während einer Operation 217.
Luftröhren- und Speiseröhrenverletzungen, gleichzeitige 385, 386.
Luftverunreinigung bei künstlicher Beleuchtung 6.
Luftwege, deren Stenosen 63.
Lungen, Einfluss des Gehirnes auf erstere 215; L—, Weingeistausscheidung durch dieselben 341.
Lungenabszesse 196.
Lungenemphysem 81.
Lungenentzündung s. Pneumonie.
Lungengangrän 285.
Lungenleiden s. betr.
Lungenödem, primäres akutes 212.
Lungenphthise 7; L—, diagnostische Merkmale der Sputa für die frühesten Stadien der L. 66; L—, Erkennung von deren frühen Stadien durch Pneumatometrie und Auskultation der Mundhöhle 66; L— und chronische Pneumonie nach Vagusdurchschneidung 173; L— vgl. Phthise, Tuberkulose.
Lungenspitzenausdehnung während der Inspiration 224.
Lungensyphilis 264.
Lungentuberkulose komplizirt mit Aortenbogenaneurysmen 31; L— vgl. Lungenphthise, Phthise, Tuberkulose.
Lungenveränderungen nach Vaguslähmung 183.
Luxatio humeri subcoracoidea und Fractura colli humeri 7; L— s. betr.
Lymphadenitis retropharyngealis 185.

Lymphdrüsenaffektionen, syphilitische 188.
Lymphdrüsentumoren, Arsenik dagegen 295.
Lymphe s. Entzündungslymphe.
Lymphgefässe, Verbindung des Blutgefässsystemes mit den Anfängen der ersteren bei bestehender Stase 311.
Lymphgefässgeschwülste 275.
Lymphome, maligne, Arsenik dagegen 275.

Macula lutea 195.
Magenausspülungsverfahren 134.
Magenbauchwandfistel 104.
Magenleiden s. Dyspepsie u. betr.
Magensaft, dessen Säure 181, 311.
Magenschleimhautablösung 67.
Masern, Stroh als Träger des Infektionsstoffes 286; M—, Natron sulfocarbolicum dagegen 117.
Massage 345.
Mastdarmerweiterung zu operativen Zwecken 323.
Melanämie bei Wechselfieber 312.
Meningitis basilaris 98; M— tuberculosa 234.
Menstruation, Verhalten der Uterusschleimhaut während ersterer 318; M—, deren Verhältniss zur Ovulation 278, 313; M— vgl. a. Dysmenorrhoea.
Metallotherapie 120, 408.
Metritis, Vorbeugungsverfahren bei Anwendung des Presseschwammes 288.
Metrorrhagieen, Blutstillungsmittel dabei 32, 388.
Migraine 344.
Mikroskopie der Frauenmilch 396.
Milch, Surrogate derselben 119; M— s. Frauenmilch.
Miliartuberkulose, akute 392; M— des Pharynx 137.
Milz bei Leukämie, eigenthümliche Krystalle darin 69; M— vgl. Splenotomie.
Milzbrand 343.
Milzexstirpation, erfolgreiche 16.
Milz-Innervation und -Kontraktion 150.
Molen 95.
Molluscum contagiosum 229.
Morphinismus, Albuminurie dabei 158.
Morphium zur Verhütung unangenehmer Zufälle bei Chloroformnarkose 60; M—, Modifikationen des Kohlensäureaustausches danach 25; M— endermatisch mit Chloroform 363.
Morphiumausschlag 368.
Morphiumsucht 14, 305.
Morphiumwirkungen 342.
Motilität s. Sensibilität.
Motorische Centren in den Grosshirnhemisphären 55, 299.
Mumps s. Parotitis.
München, Gesundheitszustand in dortiger Kreis- und Lokal-Gebäranstalt 39.
Mundhöhle, deren Auskultation zur Erkennung früher Stadien der Phthisis 66; M—, deren Erkrankungen s. betr.
Muskelentzündung, chronische 310.
Muskelzuckung bei Neugeborenen 414.
Muttermunderweiterung, künstliche 86.
Muttermundscheidenzerreissung s. Colpoporrhexis.
Myelitis chronica 33.
Myome s. betr.

Nabelbrüche bei Kindern 104.
Nachgeburtsperiode, Behandlung spastischer Uterusstrikturen in ersterer 24.
Nahrung s. Ernährung u. betr. Nährmittel.
Narbenbildung, deren Verhütung nach Variola 416.
Narkose mittelst Stickstoffoxydul 45; N— s. Chloroformnarkose.
Nasendouche 335.
Nasenkatarrhe 176.
Nasenpolypen 151.
Nasensyphilis 283.
Natron, salicylsaures s. Salicylsaures Natron; N— sulfo-carbolicum gegen Masern 117.
Nekrose 94.
Nephritis, embolische 363.
Nerven, gefässerweiternde 121; N— s. die betr. u. d. betr. Körpertheile.
Nervendehnung 15, 36, 263.
Nervenerregbarkeit bei Neugeborenen 414.
Nervenfieber s. Typhus.
Nervenleiden s. betreffende.
Nervenlösung 15.
Nervennaht 14.
Nervenphysiologie, Forschungsergebnisse auf deren Gebiet für die Dermatosen 78, 90, 99.
Nervensystem, Abhängigkeit der Schweissabsonderung von ersterem 139; N—, dessen Einfluss auf Entstehung der Albuminurie 406; N—, centrales, zur Pathologie und pathologischen Anatomie desselben 98; N—, dessen Beziehungen zum Sehorgan 202.
Nestle's Kindermehl, dessen Werth 119.
Netzhaut, zur Anatomie und Physiologie derselben 349; N—, deren Anatomie und Physiologie 129; N—, deren Farbe 106; N—, deren Fluorescenz 373; N— s. Retina.
Netzhautablösung, Augendrainage dabei 292.
Neugeborene s. Geburt und betr. Krankheiten und Zustände.
Neuralgieen, Aconitin dagegen 343; N— s. betr. Nerven.
Neurin gegen Diphtherie 120.
Neuritis 42.
Neurom 174.
Neurogliome 170.
Nieren, Durchströmungsversuche an solchen 367; N— bei Tabes 309; N—, Weingeistausscheidung durch dieselben 341; N—, granulirte, Angst und Kummer als Entstehungsursachen 207.
Neurosen 246; N— s. betr.
Nierenarterienverengerung 400.
Nierenentzündung s. Nephritis.
Nierenleiden, Veränderungen kleiner Gefässe dabei 271; N—, Hyoscyamus gegen Schlaflosigkeit dabei 72; N— s. betr.
Nitrobenzolvergiftung 11.

Oedem s. betreffendes.
Olekranonquerbrüche 379.
Oelkysten, praelacrymale 152.
Operation, Gefahren des Lufteintrittes in die Venen während ersterer 217; O—, deren Shok 221; O— s. betr.
Ophthalmie, sympathische 312.
Opium gegen Photophobie skrophulöser Kinder 342; O— in gewissen Fällen von Schlaflosigkeit 72.
Opodeldocvergiftung 254.
Optographie 105, 107.
Organismen, kleinste, deren Urzeugung 61.
Oesophagotomie zur Entfernung künstlicher Zähne 128.
Oesophagusparalyse 231.
Osteomalacie 265.
Osteomyelitis 194, 300.
Ostitis 94.
Ovarialgefässe, deren Massenligatur 97.
Ovarien- und Uterusleiden, Sehstörungen in deren Folge 207.
Ovariotomie 9, 153, 187, 348.
Ovarium, über dessen Nerven 8; O— s. u. Eierstock.
Ovulation, deren Verhältniss zur Menstruation 278, 313.
Ozonwirkung 287.

Paralysis, Temperatursteigerungen dabei 304; P— agitans, deren Verhältniss zur multiplen Sklerose des Rückenmarkes 98; P— s. Kinderlähmung u. Betr.
Parasiten s. betr.
Parotitis, epidemische 209; P—, idiopathische, und Eruptionsfieber, Beziehungen zwischen solchen 76.
Pasteur'sche Flüssigkeit subkutan injizirt, Wirkungen 45.
Patellaquerbrüche 378.
Pemphigus acutus recens natorum 365.
Penisthrombose 142.
Peritonealhöhle, über dieselbe mit besonderer Berücksichtigung der Ovariotomie 9.

Perkussion der Knochen 70.
Pharynx, Erysipel desselben 184; P—, Miliartuberkulose desselben 137.
Phimosenoperation, deren Einfluss auf männliche Impotenz 190.
Phosphorvergiftung, akute 244.
Photophobie skrophulöser Kinder, Opium dagegen 342.
Phthise, Verhaltungsmassregeln für daran Leidende 344; Ph— s. Lungenphthise, Tuberkulose.
Pikrinsäurevergiftung 200.
Pilocarpin, dessen Wirkungen 26.
Pityriasis capitis, Chloralhydrat dagegen 96; P— rubra 328.
Placenta materna, welche Stoffe können von ihr in die Pl. foetalis und von da in den Kreislauf des Fötus gelangen? 103.
Pleuritische Exsudate, Entleerungsverfahren 401.
Pneumatometrie 44; P— zur Erkennung früher Stadien der Phthisis 66.
Pneumonie, ob Infektionskrankheit? 301; P—, chronische, und Lungenschwindsucht nach Vagusdurchschneidung 173; P—, käsige 193.
Pneumothorax 134.
Polypen s. betr.
Pressschwamm, Beseitigung der Gefahr der Infektion und Metritis bei dessen Anwendung 288.
Pressur gegen chronische Endometritis des Uteruskörpers 183.
Prostatahypertrophie, Beseitigung der Harnentleerungshindernisse dabei 248.
Pruritus vulvae 416.
Psoriasis buccalis 71; P— vulgaris 372.
Psychosen s. die betr.
Puerperale Infektion Neugeborener 356; P— Krankheiten s. betr.
Puerperalfieber 39.
Puerperium mit Scharlach 117; P— s. Wochenbett.
Pulsverlangsamung, Störungen des Herzens dadurch 367.
Pupillenveränderungen in der Chloroformnarkose 240.
Putrefaktion 374.

Quecksilber gegen Syphilis 19, 20, 21, 274; Q—, dessen Nachweis im Harne 253; Q— s. Kalomel.
Querlagen 196.

Reinigungsmittel bei Syphilis 19.
Resektion s. betr. Knochen.
Respiration, deren Mechanismus 67; R—, Beziehungen zwischen Krankheiten der betr. Organe und Augenaffektionen 201; R— s. Athmen, Inspiration.
Retina, über den Purpur derselben 106; R— s. Netzhaut.
Retinitis proliferans 208.
Retropharyngealabszesse bei Kindern 185, 368.
Rheumatismus, dessen Beziehungen zum Sehorgan 203; R—, Aetzammoniak dagegen 46; R— s. betr. Leiden.
Rheumatoid bei Bronchiektasie 64.
Rippenresektion 322.
Rose 50; R— s. Erysipelas.
Rotzkrankheit beim Menschen 395.
Rückenmark, zur Pathologie und pathologischen Anatomie desselben und über das Verhältniss der Paralysis agitans zur multiplen Sklerose des ersteren 98; R—, primäre Sklerose von dessen Seitensträngen 131; R—, dessen Systemerkrankungen 337; R—, dessen Degeneration und Regeneration 85.

Salicyl-Borax-Lösung bei der antiseptischen Wundbehandlung 284.
Salicylsäure, Resultate aus bez. Untersuchungen 32, 404; S— gegen Syphilis 19; S— gegen Tussis convulsiva 398.
Salicylsaures Natron, Resultate aus bez. Untersuchungen 32, 404; S— — gegen Diabetes 51; S— —, dessen Einfluss auf das Fieber der Variola 69.
Salz gegen epileptische Anfälle 58.
Sauerstoff ein Verbrennungs-, kein einfaches Zerfallsprodukt 286.
Sauerstoffzufuhr zu den Geweben, verminderte, deren Einfluss auf den Eiweisszerfall im Thierkörper 123.
Säugethiereier, deren erste Entwickelung 145.
Scarlatina puerperalis 117; Sc— rheumatica 118.
Schankergeschwüre, Jodoform dagegen 310.
Scharlach 369; Sch— s. Scarlatina.
Scheidenrisse 225.
Scheidenschleimfettnadeln 152.
Schlaflosigkeit 72.
Schlafmachende Stoffe 405.
Schleimbeutel, syphilitische Affektionen derselben 84.
Schlüsselbeinbruch, beiderseitiger 335.
Schmerzstillungsmittel, Chloral als solches 168.
Schulkinder, Messungs- und Wägungsresultate an solchen 416.
Schulzimmer, hygienisch gut eingerichtetes 67.
Schwangere, Resultate aus Blutuntersuchungen 178; Sch— vgl. Fötus, Geburt, Querlagen und die betr. Krankheiten und Zustände.
Schwefel gegen Speichelfluss 24.
Schwefelblumen, Steigerung der Schwefelsäure des Harnes danach 179.
Schwefelsäure- und Stickstoffausscheidung im Fieber 407.
Schwefelwässer gegen laxente S[illegible] lis 219.
Schweissabsonderung, deren Abh[illegible] keit von Nerven 139, 191.
Schwindsucht s. Phthise, Tu[illegible]
Seebäder 143.
Seewasser, dessen innerlicher brauch 144.
Sehnervenkreuzung im Chiasma [illegible]
Sehnervenleiden 1.
Sehpurpur 105, 130, 135, 160, [illegible] 325, 349.
Sehstörungen in Folge von Ute[illegible] und Ovarienleiden 207; S— Hemiopie u. betr.
Sensibilität und Motilität, wie[illegible] kehrte, nach schweren V[illegible] ungen 174.
Septische Infektion, deren Bezi[illegible] zum Fibrinferment 281; S— [illegible] zesse, Fäulnissorganismen [illegible] 302.
Seröse Höhlen, Blutergüsse in [illegible] chen 294.
Sexualorgane, deren Beziehungen [illegible] Sehorgan 202; S— s. betr.
Shok grosser Verletzungen und [illegible] rationen 221.
Sklerose s. betr.
Skorbut 387.
Skropheln 238.
Skrophulose, Granulationsgewebs[illegible] ung Ursache krankhafter Vorkom[illegible] nisse ersterer 77; S— s. betr. [illegible] krankungen.
Speichelfluss, Schwefel dagegen 24.
Speiseröhre- und Luftröhrenverle[illegible] ungen, gleichzeitige 385, 394.
Spermatokelen 71.
Spinale Kinderlähmung 99.
Splenotomie 157.
Sputa, deren diagnostische Merkm[illegible] für die frühesten Stadien der Lu[illegible] genphthise 66.
Staar, grauer 212; S— s. betr. E[illegible] krankung.
Stauungslymphe und Entzündungs[illegible] lymphe 243.
Steinschnitt s. Lithotomie.
Steinzermalmung s. Lithotripsie.
Stenokardie 41.
Stenosen s. betr.
Stickstoffoxydulnarkose 45.
Stickstoff- und Schwefelsäureausscheid[illegible] ung im Fieber 407.
Stimme, Physiologie derselben 179.
Stoffwechsel, haben Aenderungen der Athmung auf ihn Einfluss? 56.
Strikturen s. betr.
Stroh als Träger des Infektionsstoffes der Masern 286.
Strom, konstanter, dessen Wirkung auf die Suppuration von Wunden oder Geschwüren 192.
Struma, subkutane Ergotininjektionen dagegen 416; St— s. Kropf.
Strychninausschlag 307.

Symblepharon 47.
Synovitis fungosa 60.
Syphilis 19, 28, 238; S—, Knochenerkrankungen dabei 31; S—, subkutane Kalomelinjektion dagegen 76; S—, latente, Schwefelwässer dagegen 219; S— s. a. Hirnsyphilis u. Betr.
Syphilisübertragung durch Konzeption 284.
Syphilitische Initialsklerose 327; S— Nervenaffektionen 74, 112; S— Psychosen 12.

Tabes, gastrische Krisen dabei, von [illegible] ausgehend 399.
Taxis, einfaches Verfahren bei eingeklemmten Brüchen 181.
Taynya gegen Skropheln und Syphilis 238.
Temperaturmessungen s. Thermometrie u. betr. Körpertheile.
Temperatursteigerung, deren Wirkung 268; T— bei künstlicher Beleuchtung 6; T— bei Paralyse 304; T— s. Wärme u. Betr.
Temperaturverhältnisse des kindlichen Organismus 227.
Terpentinöl, sauerstoffhaltiges, dessen Wirkung 156.
Theer bei Bronchialkatarrh und Winterhusten 295.
Thermometrie, cerebrale 415.
Thoracocentese bei serösen und eiterigen Ergüssen 29.
Thrombenbildung und -Struktur 55.
Thrombose, deren Beziehungen zum Fibrinferment 281; Th— s. betr.
Thrombus, rother 73.
Tic douloureux, Aconitin dagegen 343.
Tonsillenabtragung 357.
Tonsillenentzündung, chronische, bei Kindern 256.
Trachealstenosen 164.
Transfusion, deren Beziehung zum Fibrinferment 281; T— s. Bluttransfusion.
Transplantation s. betr.
Traumen, Verhältniss erkrankter Eingeweide zu ersteren 252; T— s. betr.
Trepanation 56.
Trichterapparat Hegar's 133.
Trinkwasser-Untersuchung, vereinfachte 144.
Trommelfell, künstliches 175.
Tubentonsille 111.
Tuberkulose 258, 375, 379, 390; T—, künstliche 279; T— s. Miliartuberkulose, Phthise u. Betr.
Tumoren mit hyaliner Degeneration 86; T— s. betreffende.
Tussis convulsiva s. Keuchhusten.
Typhus, dessen Ursprung 245; T—, Ursache der Gehirnerscheinungen dabei 199; T—, Kehlkopfleiden dabei 199; T— s. Abdominaltyphus, Ileotyphus u. Betr.
Typhusstühle, deren toxische Wirkung 255.

Unterschenkelvaricen 88, 151.
Urethrotomie, Nachbehandlung 334.
Urin bei Atrophie in Folge von Dyspepsie 53; U— s. Harn.
Urinentleerung, behinderte, bei alten Leuten 119.
Urobilinurie 230.
Urticaria 190.
Urzeugung kleinster Organismen 61.
Uterin-Molen 95.
Uterusblutungen s. Gebärmutterblutungen.
Uterusexstirpation statt Kaiserschnitt 399.
Uterusfibromyome 202.
Uterusinnenfläche s. Gebärmutterinnenfläche.
Uteruskörper, chronische Endometritis desselben 183; U— s. dessen Krankheiten u. Zustände.
Uterusschleimhaut während der Menstruation 313.
Uterusstrikturen, spastische, deren Behandlung in der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode 24.
Uterustuberkulose, akute 377.
Uteruszerreissungen s. Gebärmutterzerreissungen.
Uterus- und Ovarienleiden, Sehstörungen als deren Folgen 207; U— — — s. betr.
Uvulaabtragung 357.

Vaccination, animale 223.
Vaginalschleimfettnadeln 152.
Vaginitis emphysematosa 398.
Vagusdurchschneidung, chronische Pneumonie und Lungenschwindsucht danach 173.
Vaguslähmung, Lungenveränderungen danach 183.
Varikokele 38, 200.
Variola, salicylsaures Natron gegen das Fieber dabei 69; V—, Verbütung der Narbenbildung danach 416.
Variola-Impfung 69.
Vasolin, dessen Nutzen 309.
Venen, Lufteintritt in solche während einer Operation 217; V— s. betr.
Venerische Krankheiten s. Syphilis u. betr.
Verbandmethoden, neue, grosser Wunden 272, 336; V— s. betr.
Verbandmittel bei Syphilis 19; V— s. betr.
Verbrennung, Mittel dagegen 104; V— mit Hemiplegie und Hemianästhesie 143.
Verbrühung durch Dampf 56.
Vergiftung s. betr. Gifte.
Verletzungen, deren Shok 221; V—, schwere, Wiederherstellung der Sensibilität und Motilität danach 174; V— s. betr.
Vesikulärathmen 182.
Volvulus, Lufteintreibungsverfahren dabei 134.

Wärme, thierische 127, 240; W—, Resultate aus bez. Untersuchungen und deren Einfluss auf das Fieber 110; W— s. a. u. Temperatur.
Warzenfortsatzperforation 399.
Wasser, dessen Wirkung auf die gesunde und kranke Haut 101; W—, heisses, als Blutstillungsmittel bei Metrorrhagieen 32; W— s. Trinkwasser.
Wasserkur s. Balneotherapie.
Wechselfieber, Melanämie dabei 312; W— s. Intermittens.
Weingeistausscheidung durch Nieren und Lungen 341.
Winterhusten, Theer dagegen 295.
Wochenbett, über den Harn im Verlaufe des ersteren 30; W— s. Puerperium.
Wöchnerinnen, deren Gesundheitszustand in der Münchener Gebäranstalt 40; W—, Zucker in deren Harn 406; W— s. Geburt, Nachgeburtsperiode u. d. verschiedenen Erkrankungen u. Zustände.
Wohnungen, gesunde, deren Werth namentlich in Bezug auf geringere Kindersterblichkeit 175.
Wundbehandlung, antiseptische, durch Salicyl-Borax-Lösung 284.
Wunden, Wirkung konstanten Stromes auf solche 192; W—, grosse, neue Verbandmethode 272; W—, —, Entspannungsnähte dabei 304; W— s. Traumen u. betr.
Wundverband, neuer 336.
Würmer s. betr.

Zahnbein, künstliches 247.
Zähne, künstliche, Fälle von deren Entfernung durch die Oesophagotomie 128.
Zahnkaries 415.
Zahnoperationen, Lachgas relativ ungefährlich dabei 70.
Zoster traumaticus 224.
Zucker im Blute, dessen quantitative Bestimmung 293.
Zuckerbildendes Ferment der Leber 320.
Zuckerharnruhr s. Diabetes mellitus.
Zungenentzündung s. Glossitis.
Zungengeschwür, tuberkulöses 159.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Wöchentliche Mittheilungen

von

WISSENSCHAFTLICHEN NEUIGKEITEN UND ALLEM INTERESSANTEN AUS DEM GEBIETE DER AERZTLICHEN WELT.

Herausgegeben

von

Prof. Dr. A. Wintrich.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Erlangen, 1878.
Verlag von Palm & Enke.
(Adolph Enke.)

Druck von Junge & Sohn in Erlangen.

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 1. *Erlangen*, am 5. Januar 1878.

Wöchentlich 2 Bogen von 4 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber pflanzliche Parasiten und die dadurch bedingten Krankheiten. Eigenthümlichkeit der Pulskurven bei Aortenklappeninsuffizienz und Doppelton und Doppelgeräusch in der Kruralarterie bei diesem Herzfehler. Zur Prognose der Gehirnblutung. Ueber Gehirnbewegungen. Zur Frage, ob sich Veränderungen des Blutes bei seinem Durchgange durch die Leber feststellen lassen. Seltene angeborene Kysten-Geschwulst der vorderen Bauchwand.

In Virchow's Archiv LXX S. 546 veröffentlicht P. Grawitz Beiträge zur systematischen Botanik der pflanzlichen Parasiten mit experimentellen Untersuchungen über die durch sie bedingten Krankheiten. Verfasser beschäftigt sich zuerst mit der Frage nach der botanischen Stellung einiger in der Pathologie wichtiger Pilzformen. Er kultivirte dieselben in Reinkulturen. Die dabei von ihm befolgte Methode war die von Brefeld angegebene. Zunächst handelte es sich um die Reinzüchtung des Soorpilzes. Hierbei ergab sich Folgendes: Die Kulturen des Soorpilzes verhielten sich einigermassen verschieden, je nachdem zuckerreiche oder zuckerarme Lösungen angewandt wurden. In zuckerarmen Lösungen trieben die ausgesäeten Sporen lange Zellen, welche an ihren Spitzen und Seiten weiter wuchsen und sich verzweigten. Die Verzweigung fand durch Knospung, nicht durch Theilung, Statt. Ausser diesen längeren Zellen bildeten sich aber in zuckerarmen Lösungen nur spärlich, in zuckerreichen Lösungen dagegen sehr reichlich runde Seitenknospen, die in letzterer Lösung oft in dichten Trauben angehäuft werden. In zuckerreichen Lösungen sind überhaupt die Zellformen kürzer, ja in ganz zuckerreichen werden gar keine gestreckten Zellformen gebildet, sondern es entstehen nur rundliche Knospen, die ihrerseits immer eben solche erzeugen, so dass vollkommen hefeähnliche Sprossverbände zu Stande kommen — nur dass bei der Hefe die Zellen grösser und oval sind. Man findet auch wohl in Lösungen mit mittlerem Zuckergehalte an einer und derselben Pflanze einige Zweige, die aus langgestreckten durch Scheidewände getrennten Fäden bestehen, während andere hefeähnliche Formen aufweisen. In den Nährlösungen wird eine erhebliche Alkoholbildung durch den Soorpilz eingeleitet. Wenn eine Kultur lange Zeit fortgesetzt ist und die Nährsubstanzen grösstentheils aufgezehrt sind, so geht der grösste Theil der Soorpilzmassen zu Grunde, ein kleiner Theil der Seitensprossen jedoch verwandelt sich in Dauersprossen. Aus der ganzen Art der Fruktifizirung des Pilzes folgt, dass derselbe nicht, wie man bisher geglaubt hat, als Oidium zu betrachten ist, sondern den Mykodermen zugezählt werden muss. Von jenem unterscheidet er sich durch das Fehlen jedes gonidienartigen Spitzenwachsthums und jeder nachträglichen Gliederung der Fäden in Gonidien. Bei der ausserordentlichen Verbreitung des Mycoderma vini ist die Häufigkeit der Soorpilze nicht zu verwundern. Durch die oben erwähnte Beobachtung der Hefeform des Pilzes wird aber auch der bisher unerklärliche Umstand verständlich, dass im Magen anscheinend niemals „Soor" gefunden wurde. Die hier vorhandenen Hefezellen sind eben nichts als eine Vegetationsform des Soorpilzes. Grawitz hat nun auch experimentell Soor bei Thieren erzeugt. Er fütterte diese mit gekochter Milch, welcher Mycoderma vini beigemischt war. Eine Vorbedingung zum Gelingen des

Versuches war (ausser der Zuführung der Pilzsporen) die, dass die Ernährungsbedingungen der Thiere ungünstige waren. In Uebereinstimmung mit den Erfahrungen bei Menschen wurden diese ungünstigen Ernährungsbedingungen dadurch hergestellt, dass ganz junge Thierchen mit fremder für ihre Ernährung nicht ohne Weiteres zuträglicher Milch gefüttert wurden. Der Soorpilz gehört nach alledem zu denjenigen Pilzen, die zwar für gewöhnlich auf todtem Nährmateriale leben, aber im Stande sind, auch lebendes Gewebe für ihre Zwecke zu verwenden. — Diesem der bisherigen Annahme so widersprechenden Befunde wird nun eine andere sehr überraschende Thatsache an die Seite gestellt, nämlich die, dass die Pilze des Favus (Achorion Schönleinii), des Herpes tonsurans (Trichophyton tonsurans) und der Pityriasis versicolor (Microsporon furfur) sämmtlich eine einzige Pilzform darstellen, und zwar, dass gerade sie nichts sind als unter verschiedenen Ernährungsbedingungen wuchernde Formen des Oidium albicans. Die Züchtung der ersten beiden Pilze ist dadurch ausserordentlich erschwert, dass die eingetrockneten Pilze nicht so leicht mehr zum Leben zurückzuführen sind. Alle bisherigen Züchtungen hatten demnach immer nur durch Verunreinigungen hinzugekommene Pilzformen aufgezogen. Grawitz bediente sich daher möglichst wenig eingetrockneter Favusmassen. Wenn es auch Anfangs schien, als ob die drei Pilze etwas verschiedene Formen darboten, die zwar dem Prinzipe nach mit dem Oidium in der Art des Wachsthums übereinstimmten, aber mit diesem nicht identisch waren, so stellte sich doch bald heraus, dass man durch Verähderungen des Nährmaterials aus allen den vier Pilzen dieselben Formen erzielen konnte. Verf. konnte auch durch alle vier rein gezüchteten Pilze bei Impfung zwischen die Lamellen der Epidermis exquisite Herpesformen erzielen. Dass er nicht im Stande war, die beiden anderen Hautkrankheiten an sich selbst zu erzeugen, schreibt er dem Umstande zu, dass hierfür gewisse Vorbedingungen der Hautbeschaffenheit nöthig wären, die seine Haut eben nicht darbot. Auch diese Pilze gehören also zu denen, welche auf lebendem Gewebe sowohl wie auf todtem Nährmateriale zu existiren vermögen. — Grawitz beschäftigt sich nun auch mit der Frage, woher es denn komme, dass weder diese Pilze noch andere gelegentlich auf todten Gewebstheilen schmarotzende im Inneren des lebenden Körpers zu existiren vermögen. Er unterwarf diese Frage zunächst einer experimentellen Nachprüfung. Dabei stellte sich heraus, dass bei direkter Einspritzung von Sporen in's Blut (von Aspergillus, verschiedenen Mucor-Arten, Penicillium, Oidium albicans) sehr bald ein Theil durch Aufquellen und Zerbröckeln zu Grunde ging, ein anderer Theil durch die Nieren (und zwar ohne Gefässzerreissungen) ausgeschieden wurde. Ganz dasselbe geschah, wenn man die Sporenmassen in die Bauchfell- oder Brustfell-Höhle hineinbrachte; nur fand man sie hier noch eine kurze Zeit in den abführenden Lymphgefässen angehäuft. In thierischen Geweben (namentlich Fettgewebe und Knochenmark) kamen die Sporen ebenfalls nicht zur Wucherung, sondern sie gingen entweder durch die eintretende Eiterung zu Grunde oder sie wurden als unschädliche Fremdkörper abgekapselt, oder endlich sie wurden theilweise resorbirt. Das Letztere wurde dadurch nachgewiesen, dass vor der Einspritzung eine eiternde Wunde angelegt war. In dieser fanden sich dann Sporen vor: ein Zeichen, dass sie von den weissen Blutkörperchen, die hier als Eiterkörperchen zu Tage getreten waren, resorbirt sein mussten. Diese resorbirten Sporen hatten bei ihrem schnellen Durchgange durch das Blut nicht einmal ihre Keimfähigkeit eingebüsst, wie durch Züchtungsversuche nachgewiesen wurde. Der Grund für dieses Untergehen der Sporen in der Blutbahn ist die Kombination von folgenden vier Momenten, von denen jedes an und für sich allerdings nur erschwerend und hindernd für die Lebensprozesse der Sporen ist: 1) Die Alkalescenz des Blutes und der Gewebe. Diese verlangsamt die Keimung so lange, dass inzwischen die Sporen durch das warme Blutserum aufquellen und zerfliessen können. 2) Die Bewegung des Blutes. Eine wirbelnde Bewegung lässt die höheren Pilzsporen gar nicht, niedere, wie die des Soorpilzes, nur schwer zum Keimen kommen (Gegensatz zu den Bakterien). 3) Der Mangel an freiem Sauerstoff. 4) Der Kampf ums Dasein mit den lebenden thierischen Zellen. Dieses letzte Moment wird einmal dadurch schon wahrscheinlich gemacht, dass eine Konkurrenz mit anderen unter den bestehenden Verhältnissen mächtigeren Organismen die Lebensprozesse höherer Pilze sehr beeinträchtigt, so die Gegenwart von wuchernden Bakterienmassen in einer Flüssigkeit. Aehnlich wirken nun die thierischen Zellen, wie dies

namentlich auch das Untergehen der Pilze bei eintretender Eiterung beweist. Doch sind einzelne der vier Momente nicht so mächtig, dass sie nicht für die niederen Pilzformen, die auch sonst eher im lebenden Körper fortkommen (Soor und Oidium), die Möglichkeit einer Keimung liessen, wenn nur die hauptsächlichsten hindernden Momente in Wegfall gebracht werden. Es genügt schon, wenn man für diese Form die Bewegung, die Resorption und die Konkurrenz mit thierischen Zellen verhindert, als wenn man dieselben in den gefäss- und zellenfreien Glaskörper oder in die vordere (nach Herausschneiden eines grossen Stückes der Iris mangelhaft resorbirende) Augenkammer bringt. Doch kommt es, namentlich an letzterer Stelle, nicht zu bedeutenden Wucherungen, da dieselbe durch die eintretende Eiterung bald ihr Ende erreicht. Viel ausgibiger werden die Wucherungen, wenn man durch ein trommelartiges Auftreiben der Bauchhöhle mit Luft die Resorption von hier aus verhindert und gleichzeitig durch Einspritzung von Amylnitrit einen künstlichen Diabetes erzeugt und so durch den Zucker einen günstigeren Nährstoff für die Pilze schafft. Spritzt man dann Pilzsporen in die Bauchhöhle ein, so findet man, wenn die Thiere nach zwei bis drei Tagen den Folgen der Heraufdrängung und Lähmung des Zwerchfelles erlegen waren, über das ganze Bauchfell zerstreut und namentlich am Zwerchfelle miliare tuberkelähnliche Knötchen, welche aus kleinen Anhäufungen von sprossenden Pilzen innerhalb der Lymphbahnen bestehen, um welche herum entweder eine Nekrose der umliegenden Zellen allein oder ausserdem noch eine Anhäufung von Rundzellen stattgefunden hat. Manchmal fanden sich auch ganz ähnliche Rundzellenhaufen von Pilzsporen. Diese waren aber schon zu Grunde gegangen. Es entsprechen diese Verhältnisse, besonders das Auftreten primärer Nekrose mit folgender Entzündung, ganz den Thatsachen, welche Weigert zu Breslau zuerst für die Mikrokokken-Kolonieen nachgewiesen hat. Einmal waren die Pilze auch durch die Lymphbahnen in die Leber gedrungen und hatten hier an umschriebenen Stellen üppig gewuchert und durch mechanische Verhältnisse resp. durch Inanspruchnahme der Nahrung die umliegenden Zellen getödtet. Hier hatte sich eine reaktive Entzündung nicht eingestellt. Die Ertödtung des Zellmaterials befreit die Pilze von ihren Konkurrenten um die Nahrung und bietet ihnen zugleich einen günstigen Nährboden dar. Höhere Pilze kamen auch unter diesen für sie immer noch ungünstigen Bedingungen nicht zur Keimung. —

In der Sitzung des medizinischen Vereines zu Greifswalde vom 3. Nov. 1877 sprach Prof. L. Landois über die Eigenthümlichkeit der Pulskurven bei der Insufficienz der Aortenklappen und über den Doppelton und das Doppelgeräusch in der Arteria cruralis bei diesem Herzfehler. Derselbe legte zuerst eine Reihe von Pulskurven vor, welche von einem Individuum mit hochgradiger Insufficienz der Aortenklappen ohne sonstige Komplikationen entnommen und vermittelst des Pulszeichners registrirt worden waren, von der Arteria carotis, cruralis und subclavia. An tadellos aufgenommenen Pulsbildern prägt sich eine merkwürdige anakrote Zacke aus, welche diesem Herzfehler als charakteristisch zukommt und — wie Redner zuerst nachgewiesen hat — hervorgerufen wird durch eine Welle, welche der sich zusammenziehende linke Vorhof im Aortensysteme erzeugt, weil ja die Aorta stets offen steht. Die Karotiskurve zeigt diese Vorhofswelle hoch am Gipfel, die Subclavia am unteren Drittel des aufsteigenden Schenkels. Neuerdings ist es Landois gelungen, diese Elevation auch an der Kruraliskurve zu registriren. Dies gelingt aber nur, wenn der Pulszeichner mit minimalster Reibung arbeitet. Es wurde nunmehr eine zweite Reihe von Kurven desselben Individuums von genannten Arterien vorgelegt, welche mittelst des Brondgeest'schen Pansphygmographen registrirt waren. Dieselben waren auf der Platte einer vibrirenden Stimmgabel verzeichnet und liessen in allen ihren Theilen auf das Klarste die Vibrationen der Gabel (1 = 0.01613 Sekunde) in Form zierlicher Zähnchen erkennen, während im Uebrigen die Züge der Pulsbilder alle Einzelheiten scharf erkennen liessen, namentlich natürlich auch die anakrote Zacke. — Darauf ging man zu folgendem Versuche über: Auf der schwingenden Platte zeichnet ein Schreibhebel des Brondgeest'schen Apparates die Kruraliskurve. Unmittelbar darüber befindet sich ein zweiter Hebel mit besonderem gleichlangem Schlauche und eigener elastischer Büchse. Auf die Pelotte dieser letzteren übt der die Kruralis der anderen Seite auskultirende Untersucher frei markirend zwei leichte Stösse aus, entsprechend dem Doppeltone,

der bei der Diastole der Arterie vernehmlich ist. Ein kurzer Schlag auf die Gabel markirt die identischen Schwingungen in der Kruralis-kurve. Die genaue Beobachtung solcher Kurvenreihen zeigte nun, dass der Doppelton zeitlich zusammenfällt mit Vorhofs- und Ventrikel-Welle und leitet der Vortragende daher von diesen den Doppelton ab, welcher an Ort und Stelle in der Arterie entsteht. Er betrachtet diesen Doppelton, der oft nur als Doppelchok wahrnehmbar ist, als charakteristisch für die Undichtigkeit der Aortenklappen. — Nun wendete sich Redner zur Besprechung des Doppelgeräusches bei demselben Fehler, welches nur entsteht bei Kompression des Gefässes, während der Doppelton stets ohne Druck gehört wird. Das Doppelgeräusch ist derartig, dass das erste Blasen der Diastole der Kruralis entspricht, es ist durch den Druck an die Stelle des Doppeltones getreten. Das zweite Blasen erfolgt in der Systole der Arterie. Auch für diese beiden Geräusche wurde bei gleichzeitiger Registrirung der Kruralis-kurve vom Untersucher (welcher die andere Kruralis auskultirte) eine freie Markirung ausgeführt und Pulskurve und Markirungskurve werden auf schwingender Platte verzeichnet und demonstrirt. Es zeigt sich, dass die Höhe der Rückstosselevation der Kruralis-kurve später liegt als das Geräusch und zählt Landois hierfür die Differenz von 0.09 Sekunde. Wie schon frühere Forscher angegeben haben, namentlich neuerdings auch Friedreich und v. Bamberger, rühren diese beiden Geräusche von dem Hin- und Rück-Strömen der Blutmasse unter der durch Druck verengten Arterienstelle her. Es wird aber betont, dass das Rückströmen der Blutmasse von der Peripherie sehr wohl unterschieden werden müsse von der Rückstosselevation, welche als Wellenbewegung vom Centrum aus sich entwickelt. Wie im Wesen grundverschieden, seien sie auch (wenngleich nur unerheblich) zeitlich verschieden. Im Verlaufe des Vortrages wurden die verschiedenen Forschungen über diesen Gegenstand von Duroziez, Traube, Riegel, Talma, Gerhardt, Weil, Friedreich und v. Bamberger angeführt und wurde betont, dass das zuletzt besprochene Doppelgeräusch nicht allein bei verschiedenen anderen Krankheiten, sondern auch von Friedreich in den Artt. axillaris, subclavia, brachialis, poplitea und Aorta abdominalis gehört worden sei. Schliesslich bemerkt Landois, dass neuerdings durch sorgfältige Untersuchungen Friedreich's auch bei gleichzeitiger Insufficienz der Trikuspidalis auf die Entstehung eines Tones in der Kruralvene hingewiesen worden sei. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1877, 15. Dez.) —

Im Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1877, 1. Heft, bespricht Dr. Julius Althan die Prognose der Gehirnblutung. Er hebt besonders diejenigen Symptome bei der Gehirnblutung hervor, welche bei Stellung der Prognose von grossem Werthe sind. Die Gehirnblutung tödtet niemals mit derselben Schnelligkeit wie gewisse Herzkrankheiten; selbst in solchen Fällen, in welchen der Tod am schnellsten eintritt, vergehen 15—30 Minuten; in der grossen Mehrzahl tödtlicher Fälle verfliessen 6—12 Stunden zwischen Anfang und Ende der Krankheit. Eines der wichtigsten Elemente in der Prognose der Apoplexie ist die Zeitdauer; je länger der Anfall dauert, ohne dass der Tod eintritt, desto mehr Hoffnung auf Wiederherstellung ist vorhanden. In den Fällen, welche innerhalb 12 Stunden mit dem Tode endigen, gibt unter den übrigen Zeichen das Thermometer die wichtigsten Anhaltspunkte; ein plötzliches und rasches Abfallen der Temperatur auf 36°, selbst auf 35 und 34.8° ist höchst ungünstig, während, wenn das Fallen langsam stattfindet und etwa nur einen Grad beträgt, die Vorhersage bedeutend besser wird. Nach einer Zeit, welche von 30 Minuten bis 36 Stunden dauern kann, nachdem der Krampf in den Theilen des Centralnervensystems aufgehört und die Symptome den Charakter einer reinen Paralyse annehmen, steigt die Eigenwärme nicht oder weniger beträchtlich: ist die Steigerung gross, auf 38, 39 und selbst 40° sich erhebend, so hat sie dieselbe ungünstige Bedeutung, wie das Sinken im Anfange; besonders wenn die Temperatur schnell steigt, kann man baldigen Kollapsus und Tod erwarten. In jenen Fällen, in welchen nach der angegebenen Zeit das Thermometer nur wenig steigt (38 oder 38.5°), ist gewöhnlich nur ein kleiner Herd anzunehmen; in diesem Stadium, welches zwei bis drei Tage dauern kann, bleibt die Prognose noch zweifelhaft, denn obwohl der Patient dem Tode durch Kollapsus entgangen ist, kann er doch noch dem nachfolgenden Gehirnfieber erliegen, welches in gewissen Fällen sich einstellt, nachdem es bereits zu einer theil-

weisen Wiederherstellung gekommen war. Zu dieser Zeit wird nichts so genaue Indizien über die wirkliche Sachlage geben als eine Besichtigung der Nates, denn das erste Symptom des beginnenden Gehirnfiebers ist fast sicher ein akuter Dekubitus an der Hinterbacke der gelähmten Seite; ein erythemaöser Fleck, welcher am 2., 3. oder 4. Tage an den Nates erscheint, bedeutet fast ausnahmelos einen lethalen Ausgang; nachdem die Gehirnmakula aufgetreten, steigt bald die Temperatur. Wenn der Patient den 5. und 6. Tag überlebt, ohne dass sich Phlyktänen oder ungebührliche Temperaturerhöhung zeigen, so wird die Prognose betreffs der Fortdauer des Lebens günstig. Wichtig ist das Alter: je höher dasselbe, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten sich von einem Schlaganfalle erholen. Das Geschlecht hat gar keinen Einfluss. Der allgemeine Gesundheitszustand ist von der grössten Wichtigkeit; die Abwesenheit konstitutioneller Fehler gibt ceteris paribus mehr Aussicht auf Wiederherstellung. Den Aderlass hält Althan für durchaus irrationell, indem die Hirnanämie, in Folge welcher hauptsächlich der Tod erfolgt, durch einen solchen noch mehr gesteigert wird. Um den weiteren Erguss von Blut zu verhindern, empfiehlt er die subkutane Anwendung von Ergotin. Eine vollkommene Genesung gehört nach den Erfahrungen an 400 Fällen zur Ausnahme. Wenn nach 6—12 Monaten die paralytischen Symptome sich steigern, so ist dies schlecht in prognostischer Beziehung; es ist dies ein Zeichen der sekundären Degeneration. Wenn dieser Zustand sich vollständig ausgebildet hat, nützt keine Behandlung etwas und schon aus diesem Grunde sollten die therapeutischen Bemühungen nicht lange hinausgeschoben werden, wie Secale cornutum für die Heilung der Miliar-Aneurysmen, Phosphor zur Verbesserung der Ernährung bei beschädigten Nervenzellen, Galvanisation und Faradisation zur Reizung der gelähmten Theile; wenn diese Mittel mit Umsicht angewendet werden, fallen die Resultate bedeutend günstiger aus als bei der exspektativen Methode. —

C. Giacomini und A. Mosso veröffentlichten experimentelle Untersuchungen über die Bewegungen des Gehirnes bei Menschen. Bekanntlich hat Prof. Bruns i. J. 1854 die Gelegenheit benutzt, bei einer 49jährigen Frau, deren rechtes Scheitelbein durch syphilitische Nekrose zerstört war, mittelst einer Hebelvorrichtung, welche auf die narbenartige Bedeckung des Gehirnes aufgesetzt wurde, die stattfindenden Bewegungen des Gehirnes einer Messung zu unterziehen. Der nämliche Fall bot sich nun den Verfassern bei einer 37jährigen Frau, bei welcher ein Theil des Stirnbeines und Scheitelbeines der rechten Seite durch syphilitische Zerstörung verloren gegangen war. Ein modifizirter Marey'scher Apparat wurde auf die feste Schädelnarbe aufgesetzt und die Bewegungen des Gehirnes damit aufgezeichnet. Die bei verschiedenartigen Zuständen (vollständige Ruhe, Kompression der Karotiden, der Jugulares, tiefe und angestrengte Inspirationen) erhaltenen Kurven werden einer sorgfältigen Prüfung und Deutung unterworfen und das schliessliche Endergebniss der Untersuchungen darauf in nachstehenden Sätzen zusammengefasst: An den die Hirnbewegungen aufzeichnenden Kurven kommen drei Modalitäten zur Anschauung: a) Pulsationen, welche auf die jedesmalige Systole des Herzens zurückzuführen sind; b) Oscillationen, welche den Respirationsbewegungen entsprechen, und c) Undulationen oder grössere Kurvenabschnitte, die mit der gespannten Aufmerksamkeit, mit dem Schlafe, mit dem Zustande vollständigster Ruhe und anderen Zuständen der Versuchsperson zusammenfallen. Vollzieht sich die Respiration in ganz regelmässiger und ruhiger Weise, dann gehen die Kurven der Gehirnpulsationen nicht über eine horizontale Linie hinaus; sie lassen aber Oscillationen erkennen, indem sie bei jeder Inspiration mehr und mehr sich senken, bei jeder Exspiration mehr und mehr sich heben. Während der Inspiration mindert sich die Höhe der einzelnen Pulsationen in der Kurve, während der Exspiration nimmt die Höhe der einzelnen Pulsationen zu. Die Form der Gehirnpulsationen variirt je nach den besonderen Zuständen, unter denen sich die Versuchsperson befindet, und sie braucht nicht mit jener übereinzustimmen, die gleichzeitig vom Marey'schen Sphygmographen für eine Arterie oder vom Plethismographen für den im Glascylinder steckenden Vorderarm verzeichnet wird. Als die Versuchsperson schlief und schnarchte, nahmen die Pulsationen auffallend an Grösse zu und der Einfluss der exspiratorischen Bewegungen machte sich daran bemerkbarer. — Manche veranlassende Momente bringen die nämlichen Veränderungen des Volumens am Gehirne sowohl wie

am Vorderarme hervor, wogegen in anderen Fällen die beiderlei Organe ein entgegengesetztes Verhalten zeigen. Werden beide Karotiden zugleich komprimirt, so hören die Gehirnpulsationen fast vollständig auf, ja sie werden schon auffallend geringer, wenn nur eine Karotis komprimirt wird. Sobald die Cirkulation in dem einen wie in dem anderen Falle wieder eintritt, zeigen sich zunächst Pulsationen, welche weit grösser sind als die früheren, aber rasch wieder kleiner werden. Werden die Jugularvenen komprimirt, so erfolgt eine Volumszunahme des Gehirnes, die aber allmählig, noch während die Kompression andauert, wieder abnimmt. Während das Gehirn der venösen Kongestion unterliegt, nehmen die einzelnen Pulsationen desselben auffallend an Höhe zu und dauerte dies auch noch eine Zeit lang fort, nachdem die Kompression der Venen aufhörte und diese sich rasch entleerten. Sobald der Abfluss des Venenblutes wieder eintritt, geht das Volumen des Gehirnes unter das Maass zurück, welches vor der Einleitung der venösen Kongestion bestand, und erst weiterhin stellt sich nach und nach die ursprüngliche Form wieder her. Werden die exspiratorischen Bewegungen unterbrochen, so zeigt sich an der aufgezeichneten Kurve ein allmähliges Höherwerden der Pulsationen und sobald die Respiration wieder eintritt, kehren die Pulsationen langsam wieder zur früheren Höhe zurück und das Gehirnvolumen mindert sich in entschiedener Weise. Durch eine einzige tiefe Inspiration oder durch ein Paar solcher Inspirationen ändert sich die Form der in der Kurve dargestellten Pulsationen ganz auffallend und der Blutzufluss zum Gehirne mindert sich in einer Weise, dass die einzelnen Pulsationen kaum noch erkennbar sind. Durch Druck auf die Nervi vagi erfolgt eine Verlangsamung der Herzschläge und dadurch eine Verkleinerung des Gehirnvolumens. Werden die Arteriae femorales komprimirt, dann erscheinen die Pulsationen in der Kurve grösser und mehr zugespitzt; sobald die Cirkulation wieder frei wird, sind die einzelnen Pulsationen ganz vorübergehend kleiner als früherhin. Alle Bewegungen des Körpers sowohl wie des Geistes spiegeln sich im Volumen des Gehirnes wider und sie veranlassen auch zugleich eine Aenderung der in den Kurven sich darstellenden Pulsationen. — In gleicher Weise hat François Franck (Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XIII, 3, 1877) bei einer Frau von 34 Jahren, bei welcher ein Theil des Schädeldaches durch syphilitische Nekrose sich abgestossen hatte, die Bewegungen des Gehirnes untersucht, indem ein registrirendes Instrument unmittelbar auf die blossgelegte Hirnhaut aufgesetzt wurde. Die erlangten Ergebnisse fasst Franck in folgender Weise zusammen: Bei jeder Systole des Herzens wird das Gehirn, ähnlich wie die Hand oder ein anderes Organ, durch das rasch eindringende Blut etwas geschwellt und diese Turgescenz gibt sich durch die scheinbare Erhebung des Gehirnes kund. Aus der Vergleichung der simultan registrirten Herzbewegungen und Gehirnbewegungen ergibt sich, dass die Hirnbewegung durchschnittlich um $^1/_{35}$ Sekunde hinter der Herzsystole zurückbleibt. — Isolirte Kompression der Karotiden wollte im vorliegenden Falle nicht gelingen, denn die entsprechende Jugularis wurde immer zugleich vom Drucke mitbetroffen und der Erfolg war somit ein komplizirter. Druck auf die Jugularis unten am Halse hatte eine allmählige Zunahme des Hirnvolumens zur Folge. Indessen fällt diese Zunahme geringer aus als die Zunahme des Handvolumens bei künstlicher Behinderung des Blutabflusses aus den peripherischen Abschnitten der Extremität. Vom gewöhnlichen ruhigen und langsamen Athmen ist kein merklicher Einfluss auf die Bewegungen des Gehirnes wahrzunehmen. Wird jedoch die Exspirationsphase recht lange ausgedehnt, dann ist an der Gehirnkurve eine mässige Turgescenz des Gehirnes allerdings nicht zu verkennen. Nun wäre zu erwarten, durch eine langausgedehnte Inspiration werde die umgekehrte Erscheinung zu Stande kommen, und an der Hand ist die dabei auftretende Volumsabnahme auch deutlich nachweisbar, dagegen kommt beim Gehirne die Volumsabnahme erst dann zur Erscheinung, sobald die tiefe Inspiration beendigt ist. Hielt die Versuchsperson die Arme gehoben, so war eine deutliche Zunahme des Gehirnvolumens zu konstatiren und diese verschwand wieder, sowie die Arme am Körper herabhingen. Auch die Wirkung des einer unteren Extremität applizirten Junod'schen Schröpfstiefels wurde untersucht. Bekanntlich tritt an der Hand eine immer mehr ausgesprochene Volumsverminderung ein, wenn durch diesen Apparat die Ableitung des Blutes aus dem übrigen Körper eingeleitet und fortgesetzt wird. Aus der die Gehirnbewegungen verzeichnenden Kurve war jedoch deutlich zu entnehmen, dass bei Applikation des Pump-

stiefels das Gehirn nicht in gleich hohem Grade wie die Hand eine Abnahme des Volumens erlitt, obwohl die Einwirkung auf das Gehirn selbst unverkennbar daraus hervorging, dass die Person in Folge der Gehirnanämie ganz schwach wurde, was zum raschen Wiedereinlassen der Luft nöthigte. (Schmidt's mediz. Jahrb., 1877, Nr. 9.) —

Nach den Analysen des Lebervenenblutes und des Pfortaderblutes von Lehmann gilt es als feststehend, dass das Blut bei seinem Durchgange durch die Leber wesentliche Veränderungen in seiner Zusammensetzung erleidet. Das von Lehmann behauptete Fehlen des Fibrins im Lebervenenblute ist freilich von David auf Versuchsfehler zurückgeführt worden; die Angaben über die grossen quantitativen Unterschiede im Gehalte an Wasser, Blutkörperchen, Albumin stehen indessen bisher noch unangefochten da. Die Unterschiede sind so enorm (beispielsweise soll nach Lehmann das Pfortaderblut in 100 Theilen 25.7 Theile feuchte Blutkörperchen enthalten, das Lebervenenblut dagegen 57.8 Theile; das Pfortaderblut 14.0 Trockensubstanz, das Lebervenenblut 26.4), dass sie Dr. Flügge („Ueber den Nachweis des Stoffwechsels in der Leber". Zeitschr. f. Biologie, XIII S. 133 ff.) von vorneherein verdächtig erschienen und ihn zur Bearbeitung der Frage führten, ob sich überhaupt irgend welche Veränderungen des Blutes bei seinem Durchgange durch die Leber feststellen liessen? — In der Voraussicht, dass es sich jedenfalls nur um kleine Werthe handeln könne, wählte er diejenigen Blutbestandtheile, für welche wir die genauesten Methoden zur quantitativen Bestimmung besitzen: den Wassergehalt, den Gehalt an unorganischen Salzen und den Gesammtstickstoffgehalt. Von den unorganischen Bestandtheilen wurde in der Regel Phosphorsäure, Chlor, Eisen, Kali und Natron bestimmt. Bei der Gewinnung des Blutes zu den Analysen waren vor Allem die Fehler zu vermeiden, welche, wie Flügge erörtert, wahrscheinlich wesentlich an den auffallenden Resultaten von Lehmann betheiligt waren. Er verfuhr hierzu in folgender Weise: Grosse gutgenährte Hunde wurden tracheotomirt und chloroformirt, dann die Bauchhöhle eröffnet, eine lose Schlinge um das Ligamentum hepatoduodenale gelegt, die untere Hohlvene nahe unterhalb der Einmündungsstellen der Lebervenen unterbunden, die Leber etwas herabgedrängt und die nun zugänglichen Lebervenen mit einer besonderen Kanüle angestochen. Sobald das erforderliche Blutquantum erhalten war (Verfasser musste sich mit kleinen Blutmengen, 30—40 Grm., begnügen, um nicht Gefahr zu laufen, Blut zu erhalten, welches die Leber schneller wie gewöhnlich passirt hatte), wurde in gleicher Weise die Pfortader angestochen. Es wurden so vier vergleichende Untersuchungen ausgeführt, zwei gleichzeitig mit Blut aus der Leberarterie. Die Differenzen in der Zusammensetzung der verschiedenen Blutarten ergaben sich als äusserst gering und nicht grösser, wie die Differenzen in der Zusammensetzung derselben Blutart bei verschiedenen Thieren. Als Beispiel diene Versuch I:

	Lebervenenblut.	Pfortaderblut.
Wasser	73.74	73.32
Feste Bestandtheile . . .	26.26	26.86
Stickstoff	3.862	3.943
Phosphorsaures Eisenoxyd	0.176	0.171
Eisen	0.065	0.063
Phosphorsäure im Ganzen	0.139	0.132
Chlor	—	0.222
Chloralkalien	0.738	0.766
Chlorkalium	0.055	0.069
Chlornatrium	0.683	0.697

Die Unterschiede liegen unzweifelhaft im Bereiche der unvermeidlichen Fehler. Flügge machte sodann noch an drei Hunden vergleichende Bestimmungen des Gehaltes an Wasser und Hämoglobin (nach der Preyer'schen Methode) in dem Blute der Pfortader, der Lebervenen und der Leberarterie. Auch hier ergaben sich nur sehr geringe Unterschiede. So waren in dem ersten Versuche die Zahlen für den Wassergehalt: 77.76—77.55—79.3, für den Hämoglobingehalt 15.52—15.46—15.65 in 100 Theilen Blut. — Das Endergebniss ist also, dass sich durch die chemische Untersuchung Veränderungen des Blutes bei seinem Durchgange durch die Leber nicht nachweisen lassen. Selbstverständlich ist daraus nicht zu folgern, dass solche in der That nicht stattfinden. Flügge zeigt vielmehr durch Versuche und Berechnungen, dass die Veränderungen, die das Blut erleidet, nothwendig in den Bereich der Fehlergränzen fallen müssen. Die Unterlagen dieser Behauptung sind folgende: der Blutgehalt der Leber beträgt mindestens ein Fünftel ihres Gewichtes, be-

rechnet sich also für einen Hund von 20 Kilo zu 140 Grm. Ueber die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes in der Leber liegen noch keine Angaben vor. Verfasser bestimmte sie nach der Vierordt'schen Methode durch Injektion von Blutlaugensalz zu ungefähr 16 Sekunden. In je 16 Sekunden passiren also 140 Grm. Blut die Leber, in 24 Stunden 720 Kilogramm. Nun ist die Wasserbestimmung im Blute etwa bis 0.5 pCt. genau; 0.5 pCt. von 720 Kilo sind 3600 Grm. Die Leber könnte somit in 24 Stunden 3600 Grm. Wasser in der Galle ausscheiden, ohne dass diese enorme Sekretion eine für uns nachweisbare Veränderung in der Zusammensetzung des Blutes herbeiführte. Dies gilt natürlich ebenso für alle anderen Bestandtheile des Blutes und alle sezernirenden Organe überhaupt. Die chemische Untersuchung des zuströmenden und abströmenden Blutes könne über den Sekretionsvorgang keinen Aufschluss gewähren: wenn es nicht gelingt, im Blute Gallensäure nachzuweisen, so ist damit noch nicht bewiesen, dass die Gallensäure in der Leber gebildet werde, es ist vielmehr sehr wohl möglich, dass sie im Blute vorhanden ist, jedoch in so geringer Menge, dass sie sich dem Nachweise entzieht. —

Prof. Roser hatte Gelegenheit, drei Sorten von selteneren angeborenen Kysten-Geschwülsten der vorderen Bauchwand zu beobachten und operativ zu heilen. 1) Seröse Nabelkyste bei einem Kinde. Die taubeneigrosse, oberflächlich aus Granulationsgewebe bestehende Geschwulst, welche ein gewöhnliches Nabelgranulom zu sein schien, enthielt im Inneren eine endotelbekleidete Kyste. Letztere fasst Roser als einen abgeschnürten Nabelbruchsack auf. Die Exstirpation geschah durch Schnitt nach Umschnürung des Stieles. 2) Dottergangs-Kyste bei einem jungen Manne, welcher von einer nässenden Oeffnung am Nabel (entstanden durch Inzision einer Nabelgeschwulst) befreit sein wollte. Durch die Oeffnung gelangte die Sonde in eine Höhle von 6 Centimeter Durchmesser. Trotzdem der Ausfluss Cylinderepitel enthielt, glaubte Roser Anfangs eine Urachuskyste vor sich zu haben und inzidirte von der Fistel aus abwärts. Die zottigfaltige Schleimhautauskleidung der Höhle wurde mit Pincette und Hohlscheere exstirpirt und der Kranke nach 48 Tagen geheilt entlassen. Das Mikroskop zeigte in der exzidirten Membran Lieberkühn'sche Drüsenschläuche. — 3) Zwei Fälle von Urachus-Kysten. a) Eine grosse Kyste vorne in der Unterbauchgegend, welche durch ihre Spannung Abortus veranlasst hatte, wurde inzidirt und zwischen Bauchwand und Peritoneum herausgeschält. Ein Stiel war nirgends zu finden. Die dicke Wandung zeigte glatte Muskelfasern, doch keine deutliche Epitelauskleidung. Die Heilung verlief günstig. b) An einer Schwangeren punktirte Roser im Jahre 1871 eine gespannte Kyste der Unterbauchgegend. Das Kind wurde ausgetragen. Die Frau blieb vier Jahre hindurch gesund. Mit erneuter Schwangerschaft fiel ein abermaliges Auftreten der Kyste zusammen, welche diesmal durch Dr. Letzerich in Braunfels punktirt wurde. Es trat Abortus ein. Die Kyste blieb bestehen und beengte die Kranke so, dass Roser sich genöthigt sah, in der Linea alba zu inzidiren. Dabei wurde eine grosse Menge ammoniakalisch-eiteriger Flüssigkeit entleert und eine abgeschlossene dünnwandige Kyste konstatirt. Nach einigen Wochen war der Schnitt verheilt und eine schon früher von Letzerich diagnostizirte Kommunikation der Kyste mit der Harnblase dokumentirte sich durch folgenden Symptomenkomplex: Die Frau konnte so lange ihren Urin nicht entleeren bis die Kyste in der vorderen Unterbauchgegend sich bis zu starker Spannung gefüllt hatte. Erst dann ging etwas Urin auf dem natürlichen Wege ab. Durch Applikation des Katheters, kombinirt mit Druck auf den Leib, liess sich, unter Abgang von vier Liter Harn, die Kyste vollständig zum Verschwinden bringen. Es bestand demnach eine innere Urachuskysten-Blasen-Fistel. Dieselbe wurde dadurch geheilt, dass die Frau sich zwei Jahre hindurch alle zwei Stunden katheterisirte. So kam die fortwährend leer gehaltene Kyste zur spontanen Verschrumpfung resp. zur Abschliessung von der Blase. Roser glaubt, dass selbst Spencer-Wells manche Urachuskyste fälschlich für Ovarialkyste gehalten haben möge. Er erinnert daran, wie bei der Obduktion vermeintlich Ovariotomirter wiederholt zwei gesunde Eierstöcke gefunden worden seien, und betont, als diagnostisch wichtig, dass die durch Punktion entleerte Urachuskysten-Flüssigkeit Plattenepitelien enthalte (v. Langenbeck's Archiv XX, 3.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

o. 2. *Erlangen*, am 12. Januar 1878.

öchentlich Bogen von Quartseiten. s jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

II. Zur Behandlung der Hämorrhoiden. Ueber Hydronephrose. Ueber Kontrakturen. Zur Behandlung der Gebärmutterkrankheiten. Die Funktion der Milz. Subkutane Chloroforminjektionen als schmerzstillendes Mittel. Ueber Pocken und intrauterine Vaccination.

Dr. Ivar Svensson zu Upsala hat oft jungen polnischen Juden Hämorrhoidalschwülste mit Vorfall der Mastdarmschleimhaut gesehen und betrachtet als Ursache dieser krankhaften Affektion den Umstand, dass sie als Kinder und Jünglinge mit schweren Lasten auf dem Rücken, die sie tragen, eine vornübergebeugte Haltung annehmen, hausiren gehen, dass die fortwährende Zusammendrückung der Unterleibsorgane in einer Zeit, zu welcher die Kräfte noch nicht völlig entwickelt sind, zu Hämorrhoiden und Prolapsus ani disponirt. Die Anwendung von Aloë, die früher mitunter als Ursache von Hämorrhoiden angesehen worden ist, hält Verfasser in dieser Beziehung für unschädlich, wenn es sich nicht um Missbrauch des Mittels handelt, welches nach seiner Erfahrung eines der besten Mittel gegen habituelle Verstopfung ist. — Innere Hämorrhoidalschwülste entstehen durch partielle Phlebektasie des die Afterschleimhaut (die eigentlich ihrer Entstehung sowie ihrer Beschaffenheit nach kaum Schleimhaut zu nennen ist) umgebenden Plexus haemorrhoidalis, äussere durch solche des mit diesem in Verbindung stehenden, in das den After selbst umgebende subkutane Gewebe eingebetteten Venennetzes. Wenn innere Hämorrhoiden das Darmlumen verengen, so kann der Druck harter Fäkalmassen Vorfall einer ringförmigen Schleimhautfalte bedingen, die dann vom Sphinkter eingeschnürt wird. Mit der Zeit nimmt die Neigung der Schleimhaut zum Vorfallen zu und in Folge der durch den Sphinkter des Mastdarmes bewirkten Zerrung kann sich eine Duplikatur der ganzen oder fast der ganzen Afterschleimhaut bilden, die den ganzen oder fast den ganzen submukösen Venenplexus enthält, der Hämorrhoidalkranz (Boyer's und Dupuytren's „Bourrelet hémorrhoïdal"). Dieser, der nicht bei jeder harten Stuhlentleerung ganz vorzufallen braucht, ist meistens, wenn er gross und alt ist, zum grössten Theile von Schleimhaut bekleidet, zum Theile aber an seiner Aussenseite auch von Haut, und kann, wenn er sehr gross ist, sowohl den subkutanen als den submukösen Venenplexus vollständig enthalten; die Phlebektasieen reichen mitunter in dem Mastdarme hoch hinauf, im Allgemeinen jedoch nicht über 4 Ctm., oft weniger. — Von den meisten Chirurgen wird die Radikaloperation der Hämorrhoiden nicht ausgeführt, und zwar aus verschiedenen Gründen. Manche fürchten sie noch auf Grund der Ansicht des Hippokrates, dass man durch Exstirpation aller Hämorrhoiden der Natur die Möglichkeit nehme, sich durch die Hämorrhoidalgeschwülste von überflüssigem oder krankhaftem Blute zu befreien, und halten im Allgemeinen chronische Krankheiten der Leber, der Lungen oder des Herzens und durch diese bedingten erhöhten Blutdruck im Venensysteme für die Ursache der Hämorrhoiden. Verfasser hingegen hat ebenso wie Esmarch die Erfahrung gemacht, dass in den meisten Fällen von schwereren Hämorrhoiden derartige innere

Krankheiten nicht bestehen. Ein anderer Grund, wesshalb die Radikaloperation so wenig geübt wird, liegt in der Art, wie von vielen Chirurgen bei inneren Hämorrhoiden operirt wird. Sie lassen den Patienten ein Pressen ausüben wie beim Stuhlgange und operiren dann die vorliegenden Geschwülste. Es ist aber nicht wahrscheinlich, dass bei einem solchen Pressen, besonders wenn der Mastdarm vorher von seinem Inhalte befreit worden ist, Alles vorfällt und exstirpirt wird. Nach Aufhebung der Kontraktionskraft des Sphinkter mittelst der gewaltsamen Erweiterung kann man sich aber vollständig unterrichten über die Menge der inneren Hämorrhoidalgeschwülste und die Beschaffenheit der übrigen Afterschleimhaut. Eine dritte Ursache davon, dass die Hämorrhoidenoperation meist mehr oder weniger unvollständig ist, liegt in der Furcht davor, dass eine mehr umfassende Operation auch mehr Gefahr für den Kranken, hauptsächlich in Bezug auf die Blutung, mit sich bringe. Dupuytren operirte ganz radikal, aber die Resultate seiner Operationen, wie er sie in seinen „Leçons orales“ niedergelegt hat, ermuntern wenig zur Nachahmung. Von allen Operationsmethoden hält Svensson die Ligatur für die beste; er hat sie in 31 Fällen angewendet und in allen Fällen wurden die Kranken vollkommen gesund, ohne dass sich irgend eine nachtheilige Erscheinung zeigte; die Hauptsache bei der Anwendung der Ligatur beruht darin, dass sie sorgfältig und genau angelegt wird. Auch bei Vorfall der Mastdarmschleimhaut ohne Phlebektasieen hat Verfasser die Ligatur, sowohl bei älteren als auch bei jüngeren Individuen, wiederholt angewendet, und zwar stets mit dem besten Erfolge. Die Operation wird nach ihm am besten so ausgeführt, dass die Geschwulst mit einer Hackenpincette gefasst, von einem Assistenten etwas gehoben und eine Ligatur hart an der Basis der Geschwulst umgelegt, fest angezogen und dann abgeschnitten wird. Wenn die Geschwulst eine breite Basis hat, so wird sie durch Einschneiden rund um die Basis zu einer gestielten gemacht und dann die Ligatur angelegt. Wenn mehrere äussere und intermediäre Hämorrhoidalgeschwülste zusammen einen Klumpen mit breiter Basis bilden, ist es am besten, die Basis in der Mitte zu durchstechen, vom Durchstiche aus eine doppelte Ligatur durchzuführen und nach Durchschneidung der Haut und der Schleimhaut jede Ligatur für sich zu knüpfen. Nach Anlegung der Ligatur schneidet Svensson den abgeschnürten Theil so hart an der Ligatur ab als es möglich ist, ohne dass diese letztere abgleitet. Dies thut er theils im Interesse der Reinlichkeit, theils aber auch desshalb, dass nicht von der die Ligatur umgebenden Schleimhaut aus eine Infektion stattfinden kann, wenn sie mit einer faulenden thierischen Masse in Berührung kommt. — In 19 von den 31 Fällen, in welchen Svensson die Operation ausführte, bestand ein grosser Hämorrhoidalkranz in solchen Fällen operirte er in der folgenden Weise: Nach Entleerung des Mastdarmes mittelst eines Klystirs und nach Chloroformirung des Patienten führte er beide Daumen in die Afteröffnung ein, dilatirte dieselbe und suchte durch Druck von oben nach unten den vollständigen Vorfall des Hämorrhoidalkranzes zu befördern. Dann fasste er mit einem Finger an der inneren und mit einem an der äusseren Seite den hinteren Theil des Hämorrhoidalkranzes, durchstach dessen Basis mit einer eine doppelte Ligatur tragenden Nadel, führte letztere unter Leitung eines Fingers zum vorderen Rande des Hämorrhoidalkranzes und durchstach diesen von oben nach unten, schnitt die Ligatur am Nadelöhre ab und zog sie so durch, dass ihr vorderes und hinteres Ende gleich lang waren, dann wurde der eine Faden des mittleren, zwischen dem hinteren und dem vorderen Theile des Hämorrhoidalkranzes liegenden Stückes der Ligaturen hervorgezogen, an ihn ein in eine grobe Sutnadel eingefädelter Ligaturfaden mit seinem einen Ende befestigt, die Nadel in der Mitte an einem der beiden seitlichen Theile des Hämorrhoidalkranzes an der Basis der Geschwulst durchgestochen und in gleicher Weise an der gegenüber liegenden Seite verfahren so, dass die Ligaturen zur Abbindung von je einem Viertel des Kranzes vorhanden waren. Nun wurde ein Viertel nach dem anderen mit einer Hackenpincette gefasst, gehoben, die Haut an der Basis durchschnitten und die Ligatur angezogen und so fest als irgend möglich geknüpft; die Ligaturenden und der Geschwulstkranz wurden zuletzt abgeschnitten und die Wunde mit geölter Charpie verbunden. Der Schmerz, über welchen die Kranken nach dem Erwachen aus der Chloroformnarkose klagten, wurde durch Morphiuminjektionen bekämpft und war schon am Tage nach der Operation gewöhnlich beseitigt. Die Nachbehandlung bestand einfach in Entleerung des Mastdarmes mittelst Klystiren bei sonstiger Beobachtung der erforderlichen Rein-

lichkeit. Wünschenswerth ist es dabei, die nächsten Tage nach der Operation durch Opiate den Stuhl anzuhalten. Wenn sich Parese der Blase einstellt, muss der Harn mit dem Katheter abgenommen werden. Nach einer Woche waren die Ligaturen in der Regel abgefallen und nach 14 Tagen konnten die Kranken meist entlassen werden. — Alle auf diese Weise operirten Patienten wurden vollständig geheilt und im Laufe mehrerer Jahre traten keine Recidive auf, nur bei einer seit länger als 20 Jahren an Hämorrhoiden leidenden älteren Frau mit ausserordentlich grossem Hämorrhoidalkranze stellte sich nach der Operation eine leicht zu beseitigende Verengung der Afteröffnung ein. — Für den günstigen Ausgang der Operation ist die Beschaffenheit der Ligatur selbst von nicht geringer Bedeutung. Dieselbe muss möglichst dünn, fest und geschmeidig sein und Verfasser verwendet nur noch unter seiner Aufsicht gedrehte Fäden aus der besten Knopflochseide an. Vielleicht hat die Ligatur auch den Vorzug, dass sie weniger als eine andere Operationsmethode Veranlassung zur Striktur gibt, weil bei ihr die Schleimhaut herabgezogen wird und sich dadurch der Substanzverlust, den die Operation nach sich zieht, leichter ersetzen kann. — Von den übrigen Verfahren zur Operation der Hämorrhoiden kann die Kauterisation mit dem Glüheisen bei allen ihren Vorzügen doch wohl nicht zur Operation von grossen Hämorrhoidalkränzen benützt werden und kann leicht zur Strikturbildung führen. Die Aetzung mit Salpetersäure ist nur bei noch nicht alten Hämorrhoiden wirksam, das Linear-Ecrasement schützt nicht so gegen Blutung und Pyämie wie die Ligatur; die Galvanokaustik hat in Bezug auf das Endresultat keinen Vorzug vor der Ligatur. (Upsala läkarefören. förhandl. XII. 2. S. 85 ff.) —

Neue Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Nieren veröffentlicht Dr. A. Wölfler in v. Langenbeck's Archiv, 21. Band. Seine Arbeit bildet die Fortsetzung seiner schon im Jahre 1876 erschienenen diessbezüglichen Mittheilungen. Es handelt sich diesmal um zwei Fälle von Hydronephrose, welche ein grösseres Interesse bieten. 1. Fall: Eine Frau von 46 Jahren hatte vor fünf Jahren zeitweise heftigen Schmerz in der rechten Lendengegend und bemerkte gleichzeitig einen faustgrossen Tumor, welcher mit den Schmerzen verschwand. Vor drei Jahren bemerkte sie während ihrer letzten Schwangerschaft bei einem heftigen Schmerzanfalle neuerdings die Geschwulst, welche sich von da an gleichmässig vergrösserte. Der Harn soll nie trübe oder blutig gewesen sein. Bei der Untersuchung (auf Billroth's Klinik) fand man eine die rechte Seite der Bauchhöhle ausfüllende Kyste, die auch von der Scheide aus tastbar war und bei der Punktion eine dunkelbraune, zähe, kolloidähnliche Flüssigkeit entleerte, welche Blut, Eiterkörperchen, verfettete Zellenreste und viele Cholestearinkrystalle enthielt. Die Verhältnisse des Tumors zum Darme widersprachen der Annahme einer Ovarialkyste nicht. — Bei der Eröffnung der Bauchhöhle fand man, dass die Kyste vom Mesenterium des Colon ascendens und auch des Dünndarmes überzogen war; nach der schwierigen Auslösung derselben kam man auf bandartige Streifen, welche von dem Tumor gegen die Wirbelsäule hin zogen und sehr starke Gefässe enthielten. Nach Unterbindung dieser letzteren konnte die Exstirpation vollendet werden. Aus dem Verhältnisse der unterbundenen Gefässe zu der blossliegenden unteren Hohlvene und zur Aorta sah man nun erst mit voller Gewissheit, dass man es mit einer Hydronephrose zu thun habe. Die Kranke erlag am vierten Tage einer Bauchfellentzündung. Die Wand des Sackes enthielt nebst kleinen sekundären Kysten an einer Stelle spärliche Glomeruli mit ausgedehnter Bowman'scher Kapsel und Reste von Harnkanälchen. Die Uretermündung war durch eine Klappe in der Kystenwand völlig verlegt. — 2. Fall: Die 40 Jahre alte Patientin weiss seit 11 Jahren von dem Vorhandensein einer Geschwulst in ihrem Unterleibe. Im Verlaufe dieser Zeit hatten öfter krampfartige Schmerzen bestanden, auch wurde wiederholt eine plötzliche Verkleinerung der Geschwulst beobachtet, einmal unter Abgang grösserer Mengen trüben Harnes und grobkörnigen Sandes durch die Harnröhre. Bei der Aufnahme der Patientin in die Klinik fand man die rechte Seite des Bauches durch eine die Mittellinie nach Links etwas überragende Kyste ausgefüllt; die von derselben abhängige Dämpfung des Perkussionsschalles ging nach Aufwärts in die Leberdämpfung über, nach aussen war kein Darmton vorhanden dagegen war zwischen der unteren Gränze der Kyste und der Symphyse tympanitischer Schall. Es wurde eine Nierenkyste diagnosti-

zirt. Bei der Operation, die in Inzision und Drainage der Kyste bestand, fand man nach dem Bauchschnitte in der Linea alba die Diagnose bestätigt. Nach Entleerung des Kysteninhaltes wurden die Ränder der Inzision in dem Sacke mit den Wundrändern der Bauchdecke vernäht. Der Verlauf war örtlich nicht ungünstig, es entstand keine Peritonitis, doch erbrach die Kranke ununterbrochen, wurde endlich unter Temperaturabfall somnolent und starb unter Konvulsionen am 12. Tage. In dem dunkelbraunen Kysteninhalte fand man weder Harnstoff noch Harnsäure, das Sediment enthielt Cholestearinkrystalle, phosphorsaure Ammoniak-Magnesia, zerfallene Blut- und Eiter-Körperchen und grosse runde Zellen. In der Kystenwand konnten keine deutlichen Nierenelemente aufgefunden werden. Die nicht vergrösserte linke Niere war hyperämisch, das Epitel der Harnkanälchen verfettet. Schon vor der Operation war die Harnmenge weit unter der Norm, die Menge der festen Harnbestandtheile in 24 Stunden erreichte kaum das Drittel des Normalen. Nach der Operation nahmen die festen Harnbestandtheile in den ersten Tagen etwas zu, um dann wieder beträchtlich abzunehmen. Dieser Umstand sowie die Krankheitserscheinungen und der Befund in der linken Niere rechtfertigen die Annahme, dass der ungünstige Ausgang durch Urämie bedingt war, veranlasst durch die geänderten Kreislaufsverhältnisse im Unterleibe, bei schon vor der Operation ungenügender Funktionirung der linken Niere. — An diese beiden Fälle schloss Wölfler einige Untersuchungen bezüglich der Aetiologie der Hydronephrose an. Der erstere Fall beweist, dass die Klappenbildung bei der in Rede stehenden Nierenaffektion das Primäre sein kann. Verfasser untersuchte 100 Harnleiter neugeborener Kinder und fand dabei 20 Male eine bis fünf fixe Querfalten der Schleimhaut in einer Entfernung von einem bis anderthalb Centimetern vom Ostium pelvicum. In zehn Fällen waren die Falten zu prominenten ringförmigen Klappen ausgebildet, welche den Harnleiter undurchgänglich oder doch fast undurchgänglich machten. Die Klappen waren durch Verwachsung der erwähnten Schleimhautfalten entstanden und hatten, wenn sie stärkere Verengerung bedingten, eine mässige Erweiterung des Nierenbeckens zur Folge. Daraus scheint hervorzugehen, dass angeborene Hydronephrose auch durch primäre Klappenbildung bedingt sein kann. Bei kongenitaler undurchgängiger Harnleiterstriktur wird eher eine Nierenatrophie als Hydronephrose zu Stande kommen. Verfasser zog auch die Insertion des Harnleiters in den Bereich seiner Betrachtungen, weil in dem ersten der mitgetheilten zwei Fälle eine Lageveränderung der Ureterinsertion bemerkt wurde, die sich aber bei genauerer Untersuchung als sekundär herausstellte. Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur fand Verfasser nur sieben Fälle, in welchen der Harnleiter eine im Verhältnisse zur Lage der Gefässe abnorme Insertion hatte; in vier von diesen Fällen war Hydronephrose damit kombinirt. Wölfler folgert daraus, dass eine solche angeborene Abnormität, besonders in jenen Fällen von Hydronephrose, in welchen ein anderes Hinderniss für den Abfluss des Harnes nicht nachgewiesen werden kann, als ätiologisches Moment in's Auge gefasst werden müsse. — In Bezug auf die einzuschlagende Therapie kommen für die Radikalheilung in Betracht: die Jodinjektion in den Sack, welche bei nicht zu grosser Kyste mit klarem Inhalte zu versuchen wäre, dann die Eröffnung der Kyste mit nachfolgender Drainage und endlich die Exstirpation. In Bezug auf die beiden letzteren Eingriffe ist Verfasser der Ansicht, dass man erst nach Eröffnung der Bauchhöhle und Entleerung der Kyste die Wahl treffe; bei nicht zu fester Verwachsung sei die Exstirpation, im entgegengesetzten Falle jedoch die Spaltung und Drainage vorzunehmen. In Bezug auf die Beurtheilung des Zustandes der anderen Niere, welcher ja prognostisch den grössten Werth hat, räth Wölfler, besonders auch auf die absolute Menge der festen Harnbestandtheile Rücksicht zu nehmen und nur dann einen Eingriff zu wagen, wenn diese Menge nicht unter die Hälfte der normalen Quantität gesunken ist. —

In einer Inaugural-Dissertation behandelt Dr. Isidor Strauss in ausführlicher Weise die verschiedenen Arten von Kontrakturen. In der Einleitung führt er aus, wie das Muskelsystem, obgleich es dem Volumen nach $^{1}/_{2}$ der ganzen Körpermasse ausmacht, doch eine unselbstständige Rolle spielt, insoferne seine Abhängigkeit von dem Nervensystem auch für pathologische Zustände immer mehr erwiesen wird. Die Definition des Begriffes „Kontraktur", welche Verfasser gibt: „Die Kontraktur ist eine tonische, persistirende und unwill-

kürliche Kontraktion eines oder mehrerer Muskeln des animalischen Lebens" schliesst die nutritive Verkürzung des Muskels („rétraction musculaire") aus, weil „ein retrahirter Muskel kein Muskel mehr ist und die Eigenschaften desselben nicht besitzt, sondern ein reines, nicht ausdehnbares Narbengewebe, welches weder auf den elektrischen Reiz antwortet, noch in der tiefsten Chloroformnarkose nachgibt, sondern nur der Zerreissung oder Durchschneidung weicht". Ebenso will Strauss von der Kontraktur wohl unterschieden wissen diejenige permanente Verkürzung der Muskeln, welche durch die Paralyse oder Parese ihrer Antagonisten bedingt ist, von Dally sehr passend „Raccourcissement par adaptation" genannt, wie sie beim kongenitalen Klumpfusse vorkommt. Schliesslich rechnet Verfasser zu den Kontrakturen auch nicht jene Zustände von Muskelrigidität, wie dieselbe an Gliedern, die lange Zeit in einem inamoviblen Apparate gefesselt lagen, vorkommt, und ebensowenig die „Flexibilitas cerea", wie sie ausser bei der Katalepsie in gewissem Grade auch bei vielen anderen Nervenkrankheiten beobachtet wird. Doch erscheint diese von Strauss gegebene Definition, welche besonders die „aktive Kontraktion" bei der Entstehung der Kontraktur betont, zu enge beschränkt und ist ihr die von *Erb* in seinem Lehrbuche gegebene entschieden vorzuziehen. — In den nun folgenden sechs Kapiteln bespricht Verfasser nach einander: 1) die Kontrakturen bei Krankheiten der Cerebrospinalachse; 2) die hysterischen Kontrakturen; 3) die Kontrakturen bei Krankheiten der Muskeln und Nerven; 4) die Reflexkontrakturen; 5) die toxischen Kontrakturen und 6) die Tetanie. — Die frühzeitige Kontraktur bei Hirnapoplexie kann nicht nur die gelähmte, sondern auch gleichzeitig die gesunde Körperhälfte befallen und ist oft von Konvulsionen begleitet. Sie wird viel öfter bei Hirnhämorrhagie beobachtet als bei Erweichung, und zwar besonders in den Fällen, in welchen die Hämorrhagie bis in die Ventrikel oder in den subarachnoidealen Raum sich erstreckt. Sie fehlt, wenn der Herd sich auf die weisse Substanz oder auf die Seh- und Streifen-Hügel beschränkt, da diese Theile nicht excito-motorisch sind. Bei Hämorrhagie in die Hirnschenkel oder die Brücke befallen die Kontrakturen gewöhnlich beide Körperhälften, sind aber auf der hemiplegischen Seite immer stärker ausgesprochen. Epileptoide Konvulsionen beginnen stets an den gelähmten Gliedern. Prognostisch wichtig ist es, dass Hemiplegische mit frühzeitiger Kontraktur meist sehr schnell sterben. Die Besprechung der Déviàtion conjugée (Prévost) bietet nichts Neues; bekanntlich hat dieselbe durch die Bernhardt'sche Kritik an diagnostischer Bedeutung sehr verloren. Von der später auftretenden Kontraktur der Hemiplegischen beschreibt Strauss nicht nur den bekannten Flexionstypus, sondern auch einen zweiten Extensionstypus, in welchem der Ellenbogen gestreckt, der Vorderarm gewöhnlich pronirt, die Hand im rechten Winkel gebeugt und die Finger in die Hand geschlagen sind. Dabei ist die ganze obere Extremität nach aussen rotirt, in einem Falle von Bouchard bis zu einem solchen Grade, dass der kubitale Rand nach vorne und der radiale nach hinten gewendet war. Auch Kontrakturen der gelähmten Gesichtshälfte können sich bilden, so dass es nach Bouchard statthaft erscheint, eine Hemiplegia alternans anzunehmen. Passive Bewegungen der kontrakturirten Gelenke sind schmerzhaft; indessen wird die Kontraktur nicht etwa auf reflektorischem Wege durch den Schmerz bedingt, wovon man sich leicht durch die Chloroformnarkose überzeugen kann, welche, obgleich sie jede schmerzhafte Empfindung aufhebt, die Rigidität zwar vermindert, aber doch nicht beseitigt. Dadurch kann man diese Kontraktur von der hysterischen unterscheiden. Die Todtenstarre befällt nach Charcot schneller die kontrakturirte Seite, erlischt in derselben aber auch schneller als in der gesunden. Zugleich ist sie schwach und von kurzer Dauer. Die permanente Kontraktur bei der einseitigen Gehirnatrophie verhält sich ganz ebenso wie die bei Erweichung oder Hämorrhagie, doch tritt Atrophie (auch der Knochen) oder vielmehr Stehenbleiben der Entwicklung auf der befallenen Seite hinzu. Besteht die Hirnläsion auf beiden Seiten, so können sich auch die Deformitäten doppelseitig ausbilden. — Der Abschnitt über pathologische Anatomie der sekundären Degenerationen gibt im Wesentlichen die Untersuchungen von Bouchard wieder, mit Zusätzen nach Vulpian u. s. w. — Der Abschnitt über die Kontrakturen bei spinalen Affektionen ist sehr dürftig. So z. B. lautet Alles, was über die Kontrakturen bei Kinderlähmung gesagt ist: „Hayem hat das Bestehen von Kontrakturen bei der Kinderlähmung gefunden". Sehr ausführlich ist dagegen der Artikel über die hysterischen

Kontrakturen. Obgleich derselbe, wie Strauss selbst sagt, wesentlich auf der meisterhaften Schilderung von Charcot basirt, so enthält er doch ausserdem, anknüpfend an die Untersuchungen von Bourneville und Voulet und vor Allem an die von Lasègue, manches Interessante. Hat man mit Hilfe des Chloroform eine Resolution des Gliedes erreicht und hält man dieses nun bis zum Augenblicke des Erwachens in normaler Stellung, so fixirt die Kontraktur bei ihrem Wiedererscheinen das Glied in dieser neuen Stellung auf mehrere Stunden, wonach es zu der alten Deformität zurückkehrt. Fixirt man während der Chloroformnarkose das normal gestellte Glied in inamoviblen Apparaten, so treten darnach so unerträgliche Schmerzen auf, dass der Apparat entfernt werden muss und in demselben Momente, selbst noch nach Wochen, kehrt die Deviation alsbald zurück. — Zum Schlusse gibt Verfasser die auch von Charcot schon hervorgehobenen Punkte für die Differentialdiagnose zwischen einer hysterischen Kontraktur und einer solchen, welche durch eine Hirnläsion bedingt ist. Für den hysterischen Ursprung spricht 1) wenn die Kontraktur plötzlich und schnell sich entwickelt hat; 2) wenn Facialisparalyse fehlt und 3) wenn Hemianästhesie vorhanden ist. — Die übrigen Kapitel enthalten nichts Neues. Das dritte bespricht in ausführlicher Weise die Kontrakturen bei Krankheiten der Muskeln und Nerven, unter anderen die zuerst von Thierärzten bei Pferden, später von Charcot auch beim Menschen beobachteten Kontrakturen durch Ischämie der Muskeln sowie einen Fall von Kontraktur bei Zoster des Armes von Gilles de Grandmont. — Unter den toxischen Kontrakturen wird des Ergotismus gedacht. — In einem 7. und letzten Kapitel „pathologische Physiologie" glaubt Strauss der Hypothese von Hitzig über die Pathogenie der Spätkontraktur der Hemiplegischen nicht beipflichten zu können, doch erscheinen die dagegen vorgebrachten Bedenken von sehr untergeordneter Bedeutung. (Schmidt's med. Jahrb., 1877, Nr. 10.) —

Bei der Behandlung der Gebärmutterkrankheiten legt Dr. Ludwig Kugelmann zu Hannover grossen Werth auf den Zustand der die Gebärmutter umgebenden Gewebe und besonders der Ligamente. Er will nämlich beobachtet haben, dass bei Verkürzung oder Verdickung dieser letzteren ein jeder von aussen in den Genitalkanal gelangende Reiz die Gefahr einer akuten Parametritis mit sich bringt. So sah er durch mehrstündliche Anwesenheit eines Wattetampons in der Scheide akute Parametritis entstehen. Ebenso kann auf diese Weise bei subakuter Endometritis durch Einführung der Uterussonde Schaden herbeigeführt werden. Jeder Fremdkörper, wie Tampon, Pressschwamm u. s. w., darf nur so lange liegen bleiben als derselbe keine heftigen Schmerzen hervorbringt. Durch längeres Liegenlassen kommt es sonst rasch zu Exsudationen in der Umgebung der Gebärmutter. Am gefährlichsten ist die Entzündung des Parametrium, da es hierbei oft zur Perforation nach der Scheide oder dem Mastdarme hin kommt. Als ein Verfahren, durch welches bei Intrauterinoperationen — zu welchen auch die Anwendung der Laminaria und des Pressschwammes gehört — die fraglichen Entzündungen der Nachbargewebe verhütet werden können, bezeichnet Verfasser — absolute Ruhe selbstverständlich vorausgesetzt — die Anwendung von Opium purum, in der Gabe von 0.06 bis 0.12 alle zwei Stunden, bis der Schmerz aufhört oder Müdigkeit eintritt. Das Mittel soll durch den Mund oder noch besser durch den Mastdarm (in Pillen aus Pulvis Althaeae und Glyzerin, mittelst einer von Kugelmann angegebenen Spritze applizirt) verabreicht werden. Bei anämischen Kranken soll bisweilen nach den Opiaten Erbrechen eintreten, zu dessen Verhütung Eispillen von Nutzen sind. Durch dieses Verfahren sollen Puls und Temperatur wieder zur Norm zurückgeführt werden. Eine etwaige hartnäckige Verstopfung ist durch Ricinusöl zu heben. Wurde Pressschwamm eingelegt, so ist dieser bei beginnender Entzündung sofort zu entfernen. Ist es bereits zur Bildung eines Exsudates gekommen, so hilft Jodkalium auch in kleinen Gaben, bei anämischen Personen ein Eisenpräparat (Ferrum jodatum saccharatum, allein oder mit Chinin). Ist tuberkulöse Anlage vorhanden, so soll das Opium eine gleich günstige Wirkung nicht hervorbringen. Das Erscheinen harnsaurer Niederschläge im Urine ist bei Vorhandensein von Exsudaten als günstiges Zeichen anzusehen. — Nachdem Kugelmann noch Einiges über die Anwendung von Laminaria und Pressschwamm bemerkt hat, kommt er auf die Diagnose zu sprechen. Hierbei erwähnt er zunächst die von Olshausen beschriebene Endometritis

hyperplastica, welche er selbst schon mehr als ein Mal beobachtet hat. Einen „vielleicht“ auch zu dieser Erkrankungsform gehörenden Fall theilt er im Einzelnen mit. Er lernte hierbei den Nutzen des Pressschwammes kennen. Derselbe muss aber, um seinen Zweck zu erfüllen, derb sein und die ganze Uterushöhle ausfüllen. Verf. ermittelt desshalb immer die Länge der Gebärmutter und lässt sich dann Pressschwämme anfertigen, welche um 1—2 Ctm. jene Länge übertreffen. Noch einen ähnlichen Fall berichtet Verfasser, in welchem Laminaria in Anwendung kam und auch wieder Opium von der besten Wirkung war. — Für den Gebrauch der Curette bei hyperplastischer Schleimhaut der Gebärmutter ist Kugelmann nicht eingenommen, da nach ihm die richtige Anwendung des Pressschwammes jedem anderen Verfahren vorzuziehen ist. Ebenso ist er gegen die Anwendung der Curette als diagnostisches Hilfsmittel, vielmehr bedient er sich bei der Untersuchung der Gebärmutter des Mittelfingers der Hand, und zwar geht er mit dem Mittelfinger der rechten, wenn er die rechte Uterusinnenfläche untersuchen will, mit dem Mittelfinger der linken Hand dagegen behufs der Untersuchung der linken Uterusfläche ein. Zum Schlusse hebt er noch hervor, dass in diesen Fällen Alles auf die Stellung einer richtigen Diagnose ankomme, da ja dann der einzuschlagende Weg für die Behandlung deutlich vorgeschrieben sei. (Beilage zum Tageblatt der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.)

Auf dem fünften internationalen medizinischen Kongresse zu Genf stellte Prof. Schiff die nachfolgenden Sätze über die Funktion der Milz auf: 1) Die Exstirpation der Milz ist ohne dauernden Einfluss auf die absolute oder relative Menge der rothen oder weissen Blutkörperchen. 2) In den ersten Zeiten nach der Operation sieht man eine beträchtliche Vermehrung der weissen Blutkörperchen mit oder ohne Verminderung der rothen. Diese Veränderungen hängen nicht von der Abwesenheit der Milz ab, sondern nur von den operativen Eingriffen, welche für die Exstirpation erfordert werden, und sie bleiben dieselben, wenn man die vorbereitenden Operationen allein vornimmt ohne Exstirpation der Milz. 3) Nach Milzexstirpation bilden sich nur sehr ausnahmsweise Anschwellungen in den Lymphdrüsen oder Vermehrung des Volums der Drüsen. Die Bildung sogenannter supplementärer Milzen fehlt selbst mehr wie anderthalb Jahre nach der Exstirpation und selbst wenn letztere in den ersten Wochen nach der Geburt vorgenommen worden ist. 4) Die ausnahmsweise vorkommenden Anschwellungen der Mesenterialdrüsen scheinen von einer partiellen Peritonitis herzurühren, die manchmal in Folge der Operation auftritt. 5) Von der vierten bis zur siebenten Stunde einer reichlichen Magenverdauung scheint die Milz an Volumen zuzunehmen. 6) Während peptogene Stoffe aus dem Magen ausgesogen werden und der Magen sich ladet, bereitet die Milz gleichzeitig ein Ferment, welches, mit dem kreisenden Blute in's Pankreas eintretend, eine in demselben befindliche, wahrscheinlich eiweissartige Substanz in Pankreaspepsin oder Trypsin umsetzt, welches letztere energisch Eiweiss verdaut. 7) Nach Milzexstirpation hat der pankreatische Saft seinen Einfluss auf die Verdauung des Eiweisses gänzlich und dauernd verloren, während er seine übrigen verdauenden Eigenschaften beibehält. 8) Nach Milzexstirpation sammelt sich die das Pankreaspepsin zu bildende bestimmte Substanz im Pankreas theilweise an (wie während der Unthätigkeit des normalen Pankreas) und diese Substanz wird noch nach dem Tode durch den Anfang der Fäulniss zu einem Pankreasfermente umgebildet. 9) Die Milz erschlafft nach Zerstörung ihrer Nerven. Ihre Gefässe dehnen sich anfangs passiv aus, worauf die Milz bald atrophisch wird, wie alle erektilen Gebilde, deren Gefässnerven vollständig gelähmt sind. (Verhandlungen d. V. internat. med. Congr. in Genf 1877.)

Subkutane Injektionen von Chloroform als schmerzstillendes Mittel wurden bis jetzt nach Ernst Besnier namentlich von englischen Aerzten und von diesen auch nur gegen Neuralgieen in Anwendung gezogen. Er selbst versuchte diese Injektionen seit mehreren Wochen in einer grösseren Reihe von Fällen zu dem Behufe, um im Allgemeinen die Injektionen von Morphium durch ein schmerzstillendes Mittel zu ersetzen, dessen Anwendung nicht jene unangenehmen Folgen nach sich zieht, wie sie mit dem akuten oder chronischen Morphinismus verbunden sind. Deshalb will er vor-

läufig auch nur die örtliche Anästhesie, die Analgesie, wie man sie heutzutage gemeinschaftlich durch die Morphiuminjektionen erzielt, berücksichtigen. Der erste Kranke, dem er Chloroform subkutan einspritzte, war ein Mann mit einer äusserst heftigen Lumbago, der nach Morphiuminjektionen so starken Schwindel und Oppression bekam, dass er lieber seine Schmerzen als die Einspritzungen ertragen wollte. Besnier injizirte ihm nun 10 Tropfen Chloroform; dabei trat kein Schmerz auf, wohl aber Erzittern des ganzen Schenkels; es folgte nun sofortige Erleichterung mit mehreren Stunden vollständiger Ruhe. Am Abend wurde eine zweite Einspritzung zu 15 Tropfen gemacht, ebenfalls ohne irgend welche schädliche Folgen und mit derselben günstigen Wirkung. Am folgenden Morgen injizirte Besnier den ganzen Inhalt der Spritze (etwa 1.20 Grm.) und seither benützt er immer dieselbe Menge, so oft es sich darum handelt, irgend einen lokalen Schmerz, welcher Art derselbe immer sei und wo immer er seinen Sitz habe, zu lindern. Die Kranken erklären, dass sie sich erleichtert fühlen, zum mindesten eben so rasch und für eben so lange Zeit als nach subkutaner Anwendung des Morphiums. Von allgemeinen oder Lokalerscheinungen sind diese Injektionen nie begleitet. Die Schmerzhaftigkeit, die das Einführen des Chloroforms verursacht, ist sehr erträglich oder fehlt auch ganz: es kommt weder zu einer örtlichen Entzündung noch zu einer Induration, wenn die Injektion mit den bekannten Cautelen — worauf Besnier besonderes Gewicht legt — ausgeführt wird und das Chloroform vollkommen rein ist. (Bulletin gén. de Thérap. 1877 10. Heft.)

Ueber Menschen- und Thierpocken, über den Ursprung der Kuhpocken und über intrauterine Vaccination hat Prof. O. Bollinger zu München einen klinischen Vortrag (Nr. 116 in Volkmann's Sammlung) veröffentlicht. Es gibt nach ihm nur zwei wohlcharakterisirte und selbstständige Hauptarten von Pocken, nämlich Menschen- und Schafpocken. Bei beiden lässt sich der Ursprung — bei den ersteren von pockenkranken Menschen, bei den letzteren von pockenkranken Schafen — nachweisen: beide Pockenformen kommen häufig vor, zeigen eine Konstanz in der Kontinuität der Erkrankungen und verhalten sich wie andere infektiöse Seuchen der Menschen und der Thiere; die menschliche Variola gehört zu den wahren Epidemieen, die Schafpocken zu den ächten Epizootieen. Alle übrigen Pockenformen der Hausthiere stellen keine selbstständigen Krankheiten dar, sondern sind als verirrte Pocken zu betrachten, welche in letzter Linie von den Menschen- oder Schafpocken abstammen, aber auch wechselseitig von einander ihren jeweiligen Ursprung nehmen können. Die wechselseitige Uebertragbarkeit der verschiedenen Pockenformen sowie die wechselseitige Stellvertretung der Menschen- und Thierpocken, indem das mit fremdem Pockengifte geimpfte Individuum sowohl für die eigene wie für die Pocken der übrigen Thiere unempfänglich geworden ist, weisen darauf hin, dass ein im Grunde identisches Virus vorliegt und dass die Pocken dem nämlichen Boden entsprossen und mit einander verwandt sind. — Die intrauterine Infektion mit Pockengift ist durch zahlreiche Erfahrungen sowohl bei den Menschen- wie Schafpocken sicher gestellt, so zwar, dass die Früchte entweder pockenkrank geboren werden oder die Spuren abgelaufener Pocken an sich tragen und so gegen eine weitere natürliche oder künstliche Infektion sich immun zeigen. Aus der Erfahrung, dass das Blut der Vaccinirten das Vaccinegift, wenn auch sehr verdünnt, enthält, lässt sich a priori annehmen, dass der Fötus einer erfolgreich vaccinirten Schwangeren in der Regel die Infektion mitmacht. Aus letzterem Umstande lässt sich die vollkommene Unempfänglichkeit mancher Menschen für Pocken sowohl wie für die Vaccination erklären. Bollinger meint deshalb, dass die intrauterine Vaccination (durch subkutane oder intravenöse Impfung mit Vaccine oder Vaccineblut den Fötus intrauterin schon immun zu machen) namentlich bei herrschenden Blattern-Epidemieen einer praktischen Prüfung würdig sei.

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 3.

Erlangen, am 19. Januar 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Physiologie des placentaren Stoffverkehrs. Ueber Nasensyphilis. Zur Anwendung der Nasendouche. Zur Frage, ob Syphilis als Ursache allgemeiner Paralyse betrachtet werden könne. Zinkcyanür gegen Neuralgieen rheumatischen Ursprunges. Resultate aus Untersuchungen des Harnes von mit salicylsaurem Natron Behandelten. Die natürliche Nahrung im Kindesalter. Ueber den Bleigehalt der in Syphons aufbewahrten moussirenden Wässer. Die spontane Rückbildung von Fibromyomen nach der Entbindung.

Beiträge zur Physiologie des plazentaren Stoffverkehrs veröffentlicht Dr. H. Fehling zu Stuttgart im Archiv f. Gynäkologie XI. 3. 1877. — Der erste Theil der mit einer Kurventafel und vielen Tabellen versehenen Arbeit enthält Untersuchungen über Stoffansatz beim Fötus, der zweite über Austausch von Stoffen zwischen mütterlichem und Fötalblut. Fehling unterscheidet nämlich strenge zwischen Fötalstoffwechsel und Stoffaustausch; bei dem ersteren handelt es sich um solche Stoffe, welche als normale Bestandtheile des mütterlichen und fötalen Organismus anzusehen sind, bei dem letzteren dagegen hat man es mit Stoffen zu thun, die nicht eigentlich dem Organismus angehören, sondern erst in den Kreislauf der Mutter gebracht werden, von diesem in den Organismus des Fötus übergehen und alsbald wieder zur Ausscheidung gelangen. — I. Die Methode bei der Untersuchung des Stoffwechsels beim Fötus kann natürlich nicht die gleiche wie beim geborenen Menschen sein. Verf. glaubte auf die Weise zum Ziele zu gelangen, dass er die Bestandtheile von Früchten verschiedenen Alters einer quantitativen Untersuchung unterzog und zwar wurde nach Feststellung der Länge und des Gewichtes im frischen Zustande der Wassergehalt, die Trockensubstanz, die Aschenmenge, der Gehalt an Fett und Eiweisskörpern bestimmt. Das Material, dessen er sich bedienen konnte, bestand aus 21 menschlichen und 38 Kaninchenfötus. Tabelle I umfasst die quantitativen Bestimmungen bei menschlichen Früchten. Aus diesen Untersuchungen, deren Resultate auf der beigefügten Kurventafel sich leicht überblicken lassen, geht hervor, dass der Wasserreichthum des Fötuskörpers ein ausserordentlich grosser ist; wenn bei dem ausgewachsenen Menschen die Zusammensetzung des Gesammtkörpers aus 58.5% Wasser und 41.5% festen Stoffen besteht, so fand Fehling beim Neugeborenen 74.4% Wasser und 25.6% feste Stoffe. Noch im zweiten Monat zeigt sich der Fötalkörper wasserreicher als Milch, Schleim, Blut. Ziemlich im umgekehrten Verhältnisse steht der Wassergehalt des Fötuskörpers zu seinem Längenwachsthum. Von grosser Wichtigkeit für die Leichtigkeit des Stoffwechsels zwischen Mutter und Fötus ist dieser grosse Wasserreichthum; der Durchtritt der Fette und Proteïnstoffe durch die Placentarzotten wird hierdurch ausserordentlich begünstigt. Da der Wasserreichthum in der ersten Fötalzeit am grössten ist, so zeigen auch die Untersuchungen, dass um diese Zeit auf einen Gewichtstheil des wachsenden Fötus der regste Stoffwechsel kommt. Natürlich wird sich derselbe mit Aelterwerden des Fötus auch ganz allmählig verändern. Bezüglich des Wachsthums des Fötus in den einzelnen Monaten gibt Tabelle II Aufschluss. Hier ist die absolute und relative Wachsthumszahl sowohl pro Tag als auch pro Monat angegeben, und es geht daraus hervor, dass das relative Wachsthum am stärksten im vierten

Monate ist; von da bis zur Reife nimmt dasselbe ziemlich gleichmässig ab. Die absolute Wachsthumszahl dagegen steigt ziemlich gleichmässig — eine kleine Schwankung findet im 8. und 9. Monat statt — mit der Zahl der Schwangerschaftsmonate. Auch eine Zunahme der festen Bestandtheile des Fötus um etwa 2—3% pro Monat findet statt, welche in der ersten Hälfte des Fötallebens besonders auf die Eiweisskörper, in der zweiten Hälfte auf die Fette zu beziehen ist. Ferner zeigt die Kurve eine gleichmässige Zunahme der Asche bis zur Reife des Fötus, ohne Zweifel im Zusammenhange mit der Knochenbildung. Die Zunahme der Eiweissubstanzen ist beim Fötalkörper eine ziemlich gleichmässige. Der dreimonatliche Fötus enthält etwa 5%, das reife Neugeborene 11.8% seines Gewichtes an Eiweisskörpern. Tabelle III zeigt die allmählige Zunahme des Fötuskörpers an Eiweisssubstanzen. Aus den ersten drei Monaten fehlen die Analysen. Während nun die absolute Menge der Proteïnsubstanzen bis zur Geburt zunimmt, nimmt dieselbe von der Geburt an, wie die Tabelle zeigt, ab, und zwar so, dass nach 18 Monaten der tägliche Eiweissansatz um das Hundertfache geringer ist als im zehnten Monate des Fötallebens. Die Tabelle IV zeigt ferner die Zunahme des Fettes beim menschlichen Fötus. Die Kurve der Fettzunahme steigt ziemlich in demselben Grade an wie die der Gewichtszunahme des Körpers. Die absolute Fettmenge in der Mitte der Schwangerschaft beziffert sich auf 1.0, für das Neugeborene auf 295.75 Grm. Eine Abnahme des relativen täglichen Fettansatzes zeigt sich vom fünften Monate an nicht, und so stellt sich die relative tägliche Fettzunahme in der zweiten Hälfte des fünften Monats auf 0.0009, im zehnten Monate auf 0.0022 Grm. — Aus den bisher mitgetheilten Angaben lässt sich nun auf die Stärke des Placentarverkehres schliessen und eine physikalische Erklärung für die Abnahme der Stoffwechselintensität finden. Die Eizelle muss jedenfalls als ein höchst wasserreiches Gebilde angesehen werden, deren Inhalt später, nach Bildung des Chorion, mit den mütterlichen Lymphgefässen, und nachdem die Bildung der Blutgefässe stattgefunden hat, mit denjenigen der Mutter in Verkehr tritt. Der Uebertritt der Bestandtheile des mütterlichen Blutes in das Fötalblut wird ferner sehr erleichtert durch die dünnere Beschaffenheit des fötalen Blutes. Die Ursache des Geringerwerdens des relativen Ansatzes mit dem Wachsen des absoluten Gewichtes liegt aber nicht bloss in den eben erörterten Umständen, sondern auch noch in der Veränderung der Blutmenge bei trächtigen Individuen. Es findet nämlich eine Zunahme des Wassergehaltes des Blutes statt. Aus beiden Umständen also — Abnahme des Wasserreichthums im Fötuskörper, Zunahme des Wasserreichthums des mütterlichen Blutes — lässt sich die Abnahme der Intensität des Stoffwechsels erklären. — Tabelle V gibt die Analyse von 22 Früchten von Kaninchen. Es geht aus diesen Untersuchungen hervor, dass, wenn man einen Vergleich mit dem menschlichen Fötus anstellt, was übrigens seine grossen Schwierigkeiten hat, der Kaninchenfötus einen noch grösseren Wasserreichthum gegenüber den festen Bestandtheilen zeigt als der menschliche. Und die nächste Tabelle lehrt, dass auch beim Thierfötus der relative tägliche Gewichtsansatz mit der Vollendung der Reife abnimmt, dass derselbe aber am Ende der Tragzeit noch relativ höher steht als beim menschlichen Fötus in der Mitte der Schwangerschaft. Die Eiweissmenge nimmt ziemlich gleichmässig zu und zwar rascher wie beim Menschen. Ganz ähnlich verhält es sich mit dem Fettansatz. Obgleich die Verhältnisse des Stoffwechsels bei Mensch und Thier sehr ähnliche sind, gibt es doch auch wieder Unterschiede, welche vor einer einfachen Uebertragung von Mensch auf Thier zu warnen geeignet sind. — II. In diesem Abschnitte finden sich Untersuchungen über die Weise des Ueberganges fremder Stoffe aus dem mütterlichen in den kindlichen Organismus; und zwar suchte Fehling zu ermitteln, wie rasch und in welcher Menge einzelne Stoffe übergehen. Je nach der Beschaffenheit der Körper, welche zur Aufnahme in den mütterlichen Organismus bestimmt wurden, zerfallen die Untersuchungen in drei Abschnitte. Der erste beschäftigt sich mit dem Uebergange fester, körperlicher Bestandtheile von der Mutter auf den Fötus, der zweite mit dem Uebertritte von fremden in den Säften des Körpers löslichen Stoffen, der dritte endlich behandelt den Uebergang von gasförmigen Stoffen von der Mutter auf den Fötus. — Bezüglich des Uebertrittes fester Körper sind die Versuche verschieden ausgefallen; dem Verfasser ist es aber am wahrscheinlichsten, dass ein solcher Uebertritt nicht stattfindet. Jedenfalls muss die Reihe der Versuche eine noch grössere wer-

den, ehe sich über diesen Punkt etwas Gewisses behaupten lässt. Was die löslichen Stoffe betrifft, so muss im Allgemeinen gesagt werden, dass diese Stoffe leicht von der Mutter auf den Fötus übergehen. Die Versuche wurden mit Natrum salicylicum und Kalium ferrocyanatum angestellt. Bezüglich der Methode zeigte es sich, dass die Einverleibung des betreffenden Stoffes am zweckmässigsten auf subkutanem Wege geschieht. Im Verlaufe der weiteren Mittheilungen über den Uebertritt löslicher Stoffe kommt Fehling auch auf die Frage der fötalen Harnsekretion, welche Frage durchaus noch nicht entscheidend beantwortet ist. Die Gründe, welche er gegen die Annahme der Harnsekretion beim Fötus anführt, scheinen allerdings schwerwiegende zu sein. Auch die Arbeit Prochownick's liefert durchaus nicht den Beweis für die Richtigkeit der Ansicht, dass das Fruchtwasser Produkt der fötalen Urinsekretion sei. Er erörtert noch die Frage, was aus dem Stoffe wird, der von Mutter auf Fötus übergegangen und dessen Zufuhr unterbrochen ist. Man fand nämlich zwei oder drei Tage nach dem Aufhören der Fütterung mit dem betreffenden Stoffe in dem Fötus nichts mehr von demselben. Es ist wahrscheinlich, dass der von Mutter auf Fötus übergetretene Stoff aus dem Kreislaufe des letzteren wieder in denjenigen der Mutter zurückkehrt; der betreffende Stoff konnte desshalb auch nicht im Fruchtwasser aufgefunden werden. Was endlich den Uebergang gasförmiger Stoffe von der Mutter auf den Fötus betrifft, so handelte es sich bei den Versuchen des Verfassers nur darum, ob auch dem Organismus nicht angehörige Gasarten diesem Uebergang unterworfen sind und in welcher Weise. Zunächst fand schon Zweifel, dass in das Blut der Mutter eingeführtes Chloroform auf den Fötus übergeht; auch Fehling's Versuche sprechen hiefür. Bei den Thierversuchen wendete er aber nur das Kohlenoxydgas an, da dasselbe sich leicht im Blute nachweisen lässt (durch Zusatz von Natronlauge — das Blut bleibt roth, während normales schwarz wird — oder mittelst der Spektralanalyse). Nach Hoppe-Seyler geht das Kohlenoxyd mit dem Hämoglobin der Blutkörperchen eine noch innigere Verbindung ein als der Sauerstoff. Es muss also das Auffinden von Kohlenoxyd-Hämoglobin im Fötus als sicherer Beweis für den Uebertritt dieses Gases gelten. Aus mehreren Versuchen ging übrigens hervor, dass das Kohlenoxydgas beim Uebertritt in den Fötalkreislauf nicht an die rothen Blutscheiben gebunden sein muss, sondern von Flüssigkeit zu Flüssigkeit einfach diffundiren kann. Zum Schlusse führt Fehling noch einige Fälle von Vergiftung durch Leuchtgas bei Schwangeren aus der Literatur an. —

In einem Artikel über die Pathologie und Therapie der Nasensyphilis theilen die DD. Schuster in Aachen und Sänger in Leipzig eine Anzahl von Krankengeschichten ausführlich mit, bei welchen es sich um syphilitische Erkrankung der Nasenhöhle handelte. Gleichzeitig wird die Therapie besprochen und unter den bekannten Methoden der Behandlung die Auskratzung der krankhaft entarteten Stellen mittelst des scharfen Löffels dringend empfohlen. Vor dem Rath, welchen Schuster gibt: „die Ausschabung ist leicht bei geräumiger Nasenhöhle, da also, wo bereits die vorderen Theile der Muscheln und das Septum entfernt sind. Nicht selten liegen verschiedene Theile des Oberkiefers bloss, namentlich solche des Processus palatinus; ihre gewaltsame Entfernung bedingt fast nothwendig Perforation in den Mund, letztere tritt aber auch bei passivem Verhalten ein und deshalb ziehe ich die instrumentelle Entfernung überall da, wo der Knochen nicht, wie in der Nähe der Zähne, zu grosse Hindernisse durch sein Volumen macht, dem langsamen, oft mehrere Jahre beanspruchenden, Abstossungsprozesse vor" — glaubt jedoch Dr. Edmund Güntz entschieden warnen zu müssen, indem er hierzu bemerkt: „Aus diesen Worten geht hervor, dass Dr. Schuster eine mit dem Instrumente künstlich hervorgerufene Perforation des Gaumens nicht scheut, wenn er nur den syphilitischen Prozess in kürzerer Zeit zum Stillstande bringen kann. Ganz abgesehen davon, dass der Kranke dem Arzte diesen Eingriff nicht verzeiht, halte ich denselben nur dann für gerechtfertigt, wenn durch das Auskratzen der Fortschritt solcher Zerstörungen mit Bestimmtheit angehalten werden kann, welche ein Einfallen der Nase bedingen, und wenn gleichzeitig hierbei eine Abkürzung des Verlaufes erzielt wird. In einzelnen Fällen wird man sich durch den Schalle'schen Beleuchtungsapparat als den hellsten, den Schuster nicht zu kennen scheint, überzeugen, in wie weit ein chirurgischer Eingriff gerechtfertigt ist. Wenn aber der Prozess an

Stellen sitzt, welche der Inspektion nicht zugänglich sind, so erscheint ein Eingriff immerhin gewagt, wenn er sich z. B. auf das Auskratzen des Siebbeines mit erstrecken soll, wie es empfohlen wird, und ohne Garantie von Verhütung irgend welcher Difformität, die oft noch nachträglich eintritt, so zu sagen im Dunkeln zu operiren. Hierbei kann man oft unnöthig Gesundes mit zerstören. Ausserdem ist die Nachbehandlung oft qualvoll für den Kranken und dauert oft Monate lang". — Den Krankengeschichten Schuster's sind die mikroskopischen Analysen der ausgekratzten Produkte der Nasenhöhle durch Dr. Sänger beigefügt, so dass wir hierdurch eine interessante Kontrole auf Diagnose und Therapie üben. Wenn auch vorauszusehen war, dass der pathologisch-anatomische Befund im Allgemeinen nichts Neues bieten, sondern E. Wagner's Syphilom entsprechen würde, so finden wir doch in der Zusammenstellung der Befunde Anhaltspunkte für die Therapie und aus dem in's Einzelne beschriebenen Bericht Notizen, welche zu verwerthen sind für den Antheil, welchen die Blutgefässe innerhalb syphilitischer Prozesse nehmen. — In Betreff der Krankengeschichten verweisen wir auf das Original und heben zum Schlusse die von Sänger allgemein zusammengefassten anatomischen Ergebnisse hervor, welche bei den verschiedenen Kranken gefunden wurden. Sänger unterscheidet folgende Prozesse: 1) Einfache syphilitische Infiltration verschiedenen Grades der nicht hypertrophirten Schleimhaut, theils mit Erhaltung, theils mit Untergang der Drüsen und Stenosirung ihrer Ausführungsgänge und konsekutiver Ektasie, theils mit, theils ohne Erweiterung der Kapillaren, theils mit Erhaltung des Epitels, theils mit Bildung von Exkoriationen und Geschwüren. 2) Einfache syphilitische Infiltration von hypertrophischer und hypertrophirender Schleimhaut, unter Einengung sehr stark erweiterter Kapillaren durch die Zellenwucherung, oder ohne jene. Auf diesen letzteren Befund ist ein besonderes Gewicht zu legen, indem derselbe den Angaben von Auspitz und Unna über die Anatomie der initialen Sklerose entspricht, wonach die Gefässe durchaus nicht immer obliteriren, sondern durchgängig erhalten bleiben. — Frische Reste von Blutungen. Als sekundäre Bildung fand sich ein Mal Kystenbildung. 3) Stärkere syphilitische Infiltration der Schleimhaut als Uebergang zum Syphilom. 4) Das Syphilom der Schleimhaut (Kondylom) als geschwulstartig auftretende syphilitische Neubildung innerhalb der Schleimhaut bei vollständigem Untergange ihrer ehemaligen Struktur. Das Epitel fehlt entweder ganz oder besteht aus wenig schlecht ernährten Schichten. Die Affektionen waren meistens florid, nur in einem Falle bestand regressive Metamorphose, Verfettung des Infiltrats. Endlich beobachtete man, dass Extravasate, deren Abfluss gehindert oder erschwert schien, sich zu festen Klümpchen verdichteten und strukturirte Gebilde vortäuschten. — An den von mehr oder weniger stark infiltrirter Schleimhaut bedeckten Knochen und Knorpeln fanden sich folgende Vorgänge: 5) Exfoliirende Knochennekrose, als Folge eitern der Prozesse. 6) Die rein rarefizirende syphilitische Knochenentzündung, weil hier ossifizirende Vorgänge fehlten; der Knochenschwund erfolgte unter Vermittelung von üppigem Granulationsgewebe ohne Entblössung der Schleimhaut. 7) Die rarefizirende und plastische Ostitis mit Umwandlung des kalkigen Bindegewebes der Knochen vom Periost und den Markräumen her in Spindelzellen, theils mit Weiterentwicklung derselben zu Bindegewebe, theils mit Wiederverknöcherung sowie mit Apposition gewöhnlicher Knochenmasse. Sehr richtig bemerkt Sänger, dass man bisher die geschwürigen syphilitischen Prozesse der Schleimhaut wegen Dünnheit der letzteren als die alleinige Ursache der Entstehung von Knochen- und Knorpelgeschwüren in der Nase beschuldigt habe. Dies wird in der That sowohl in den Lehrbüchern der Syphilis und Rhinoskopie ausschliesslich gelehrt und hierauf eine bestimmte Therapie begründet. Jedoch ebenso wie eine syphilitische Periostitis des Stirnbeines, der Tibia oder anderwärts ohne Verletzung der Haut entstehe, so könne man unter Vergleichung der anatomischen Befunde sich erklären, wie auch in der Nase syphilitische Prozesse der Knochen und Knorpel ohne Verletzung der Schleimhaut verlaufen. — Sänger hat noch folgende Verhältnisse nach seinen Beobachtungen zu erwähnen: a) Schleimhautinfiltration und Periosterkrankung traten gleichzeitig, aber auch unabhängig von einander auf. b) Schleimhautinfiltration und Periosterkrankung traten nach einander, jedoch eben so unabhängig von einander auf. Beide gingen jede ihren Weg für sich oder sie trafen zusammen. c) Schleimhautulzeration nach Schleimhautinfiltration (Umwandlung der Schleimhaut in Syphilom) setzte sich fort auf das Periost und den Knochen, ehe der

Knochen selbstständig erkrankt war. Die Knochen entzündeten sich sekundär oder wurden in toto exfoliirt. d) Die Knochenhautentzündung mit folgender Knochenentzündung und Karies war das Primäre, die Infiltration der Schleimhaut mit allen ihren möglichen Folgen das Sekundäre. Innerhalb dieser vier Kategorien kamen noch vielfache Kombinationen vor. Dass sich die Knorpel wie die Knochen verhalten, hält Sänger für wahrscheinlich. Er kann jedoch ein bestimmtes Urtheil aus den untersuchten Fällen nicht abgeben. Es scheint ihm aber sicher, dass die Erkrankung der Knorpel viel seltener vorgekommen sei. Endlich beobachtete er noch Zellwucherung und Auffaserung der Grundsubstanz im Knorpel, vielleicht mit der Bedeutung einer chronischen Knorpelentzündung. (Vierteljahrschr. f. Dermat. u. Syph. IV. 1 u. 2. 1877.)

In der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung v. 13. Juni 1877, sprach B. Fränkel über die Anwendung der Nasendouche. Im Gegensatze zu dem nach Bekanntwerden der Nasendouche zunächst bestehenden Glauben, die Anwendung derselben sei vollkommen gefahrlos, hätten die Veröffentlichungen von Frank, Schwartze, Zaufal etc. ergeben, dass bei fliessender Nasendouche zuweilen Flüssigkeit in die Tuba eindringe und Erkrankungen des Mittelohres hervorriefe. Es ereigne sich dies namentlich bei einer Schluckbewegung, beim Niesen oder ähnlichen Bewegungen des Pharynx. Die hierdurch entstehende Gefahr lasse sich durch die gebräuchlichen Vorsichtsmassregeln nicht beseitigen, wie Redner bei einem kürzlich beobachteten Falle sich habe überzeugen müssen. Derselbe führt die üblichen Vorsichtsmassregeln speziell an und verweilt besonders bei dem Umstande, dass es bei Enge einer Nasenhöhle durchaus erforderlich sei, die Olive der Douche und damit den einströmenden Flüssigkeitsstrahl in das Nasenloch der engeren Seite einzuführen. Da die Nasendouche für viele Fälle ein unentbehrliches Instrument sei, sei es nöthig, sich nach weiteren Massregeln umzusehen, um das Eindringen von Flüssigkeit in die Tuba sicher zu verhindern. Das hierzu von Zaufal vorgeschlagene Verfahren, vom Munde aus durch einen Druck gegen das Gaumensegel die Tubenöffnung zu verstopfen, sei zweckdienlich, aber nur anzuwenden, wenn ein Arzt die Applikation der Nasendouche leite. Dasselbe leiste der physiologische Vorgang der Phonation und zwar nach Gentzen besonders des Vokals „U". Vortragender lässt desshalb, bevor und so lange der intermittirende Strom von Flüssigkeit die Nase passirt, den Patienten „U" sagen. Dieses Verfahren habe gegen dasjenige Zaufal's den Nachtheil, dass man wiederum vom Willen des Patienten abhänge; dieser Wille habe aber eine bestimmte aktive Richtung bekommen, er solle etwas thun und nicht nur etwas unterlassen, und zwar gerade mit den Muskeln etwas thun, die hier in Frage kämen. Auch träfe die einströmende Flüssigkeit das Velum bereits in der für den Rückstrom derselben geeigneten Stellung. (Allg. med. Centralzeitung, 1877, Nr. 101.)

Fournier wirft in einem klinischen Vortrage die Frage auf, ob Syphilis als Ursache der allgemeinen Paralyse betrachtet werden könne. Es müssen nach ihm zwei Gruppen unterschieden werden: die eine Gruppe umfasst diejenigen Fälle, in welchen die allgemeine Paralyse in ihren ausgesprochensten Formen bei früher syphilitisch erkrankten Individuen auftritt, ohne dass man jedoch die Syphilis als spezifische Ursache der Paralyse betrachten könnte. Die zweite Gruppe umfasst solche Fälle, welche viele Charaktere der allgemeinen Paralyse zeigen, sich aber von derselben bei genauer Analyse durch zahlreiche und prägnante Zeichen unterscheiden, so dass es unmöglich erscheint, dieselben mit einander zu verwechseln. Die Uebereinstimmung ist um so auffallender, als auch in den anatomischen Veränderungen eine Analogie zu bestehen scheint, welche jedoch bei genauer Untersuchung schwindet. — Was im Allgemeinen als syphilitische allgemeine Paralyse bezeichnet wird, ist einerseits anatomisch eine eventuelle Lokalisation der Syphilis in den Häuten und der Kortikalsubstanz des Gehirnes, andererseits klinisch ein Ensemble von Erscheinungen, welches eben auf Grundlage der anatomischen Veränderung eine wahre Analogie mit dem ganzen Symptomenkomplex der allgemeinen Paralyse darbietet. Es bestehen jedoch wichtige unterscheidende Merkmale, und zwar fehlt bei der syphilitischen Form mit dem Symptomenkomplex der allgemeinen Paralyse der Grössenwahn; was die Störungen der Motilität

betrifft, so fehlt das Zittern der Zunge und der Oberlippe, welches für Paralytiker in hohem Grade charakteristisch ist, und während bei Paralytikern wahre Paralysen fehlen, sind dieselben, sowohl allgemeine als partielle, bei den Syphilitischen sehr häufig. Die Art der Entstehung, der Entwicklung und der Dauer ist bei beiden Krankheiten auch sehr verschieden. Bei den Syphilitikern ist häufig ein plötzliches Auftreten mit einem apoplektischen Anfalle oder plötzlich erscheinender Paralyse, wozu sich erst später die geistigen Störungen hinzugesellen, während bei den Paralytikern die geistigen Störungen gewöhnlich die Szene eröffnen. Auch die Möglichkeit der Heilung bildet einen wesentlichen Unterschied, indem die gewöhnliche allgemeine Paralyse absolut unheilbar ist, während bei der sogenannten syphilitischen allgemeinen Paralyse Heilung beobachtet wurde. Was nun die anatomischen Veränderungen betrifft, so erstrecken sich dieselben bei der allgemeinen Paralyse hauptsächlich auf die Kortikalsubstanz des Gehirnes, während bei der syphilitischen Form vorwiegend die Meningen und die Kortikalis nur in geringem Grade konsekutiv ergriffen ist. — Fournier schlägt desshalb für diese Fälle den Namen von „allgemeiner Pseudo-Paralyse syphilitischen Ursprunges“ vor. (Le progrès médical, 1877, Nr. 41—43.)

Als ein vorzügliches Mittel gegen Neuralgieen, welche rheumatischen Ursprungs sind und mit Fieber einhergehen, welches Mittel aber bisher durchaus nicht die verdiente Beachtung und ausgedehnte Verwendung gefunden hat, rühmt Dr. A. Luton in Rheims das Zinkcyanür und theilt zwei Fälle von Facialisneuralgie rheumatischen Ursprunges mit Fieber, Delirien und Gehirnerscheinungen mit, in welchen durch die Anwendung des genannten Mittels (Zinkcyanür 0.20, Aq. lauroceras. 25.0, Mucil. gummi arab. 100.0, alle Stunden 1 Esslöffel) rasche Besserung und vollständige Heilung erzielt wurde. Im ersten Falle wurden im Ganzen 0.60 Zinkcyanür gegeben, im zweiten war schon nach dem Gebrauche der ersten 0.20 die Besserung so bedeutend, dass eine weitere Anwendung des Mittels möglicherweise hätte entbehrt werden können; es wurden aber noch 0.50 in Pillen gegeben, um einem Rückfalle vorzubeugen. — Wenn bei Anwendung dieses Mittels kein Erfolg erzielt worden ist, so liegt nach Luton die Schuld hiervon in den geringen Gaben, welche verabreicht wurden. Nach ihm soll man nicht ängstlich sein, sondern die Dosis vergrössern, bis sich Wirkung zeigt, wenn auch 0.2 — 0.25 — 0.3 oder noch mehr nöthig sind; man soll das Mittel ohne Furcht geben, nur die eine Bedingung ist nicht ausser Acht zu lassen, dass es in refracta dosi gegeben wird, damit die Elimination gleichen Schritt mit der Absorption hält; Accumulation ist nicht zu befürchten. In einer Gabe von 0.5 verabreicht Luton das Mittel in Form von Pillen und in der angegebenen Lösung, welche den Vortheil hat, dass man Aqua laurocerasi als Vehikel benutzen und dadurch die Wirkung verstärken kann. Die Lösung muss sehr gummös sein und vor der Anwendung sorgfältig umgeschüttelt werden. Die Wirkung beruht auf Herabsetzung der Herzthätigkeit, Verminderung der Temperatur und der Pulsfrequenz, welche durch die Cyanüre bedingt werden. (Bulletin de Thérap., XCII p. 97, 1877.) –

Byasson hat in einer Reihe von Fällen den Urin von Leuten untersucht, welche mit salicylsaurem Natron behandelt wurden. Zur Kontrole hat er an sich selbst experimentirt und seinen Urin einer genauen Prüfung unterworfen. In allen Fällen ergab nun die Untersuchung dieselben Resultate, nämlich: 1) Die Salicylsäure, in der Form ihres Natronsalzes in den Körper eingeführt, ist im Urine nachweisbar und zwar schon 25 Minuten nach der Aufnahme. Eine Dosis von 3.0 wird in 36—40 Stunden ausgeschieden. 2) Das salicylsaure Natron erscheint zum Theile im Urine wieder als Salicylsäure, ein anderer Theil wird in antiseptisch wirksames Salicin, in Salicylursäure und wahrscheinlich auch Oxalsäure umgewandelt. 3) Der Urin, der einige Stunden nach der Einnahme von salicylsaurem Natron in der Dosis von 2.0—3.0 gelassen wird, hat die Eigenschaft, die Polarisationsebene nach Links zu drehen. Diese Eigenschaft verdankt er der Bildung von Salicin. 4) Das Natronsalicylat erhöht das Verhältniss der stickstoffhaltigen Substanzen und der Harnsäure. 5) Das dem Organismus einverleibte Salicin erscheint als solches nach wenigen Stunden im Urine wieder und behält seine optischen Eigenschaften. (Journ. de Thérap., 1877. Nr. 19.)

Auf dem 5. internationalen medizinischen Congresse zu Genf 1877 stellte Prof. Zweifel von Erlangen folgende Grundsätze über die natürliche Nahrung im Kindesalter auf: 1) Die natürliche Nahrung im ersten Kindesalter ist die Frauenmilch von der Brust weg. Jede andere Ernährung ist als eine künstliche zu bezeichnen, selbst dann, wenn zwar Frauenmilch zur Verwendung kommt, aber aus irgend welchen Gründen, z. B. wegen Hohlwarzen, Schrunden u. s. w., erst mit einem Saugapparate entleert und dann dem Kinde gereicht wird. 2) Die Ergebnisse der künstlichen Ernährung stehen im Allgemeinen weit zurück hinter denjenigen der natürlichen. Dieses Verhältniss kann sich zu Gunsten der künstlichen Ernährung bessern lassen, aber niemals wird die Bevölkerungs-Statistik für die künstliche Ernährung eben so gute Resultate aufzuweisen haben wie für die natürliche. 3) Bei jeder künstlichen Ernährung ist die grösste Sorgfalt auf eine ganz genaue Reinigung der benützten Apparate zu verwenden. 4) Der Werth der Ersatzmittel der Frauenmilch richtet sich nach dem Gehalte an Nährstoffen und noch mehr nach dem Grade der Verdaulichkeit derselben. 5) Die Milchsorten der Hausthiere müssen als Surrogate annähernd eine gleiche prozentische Zusammensetzung haben an Nährstoffen wie die Frauenmilch. 6) Das Casein der einzelnen Milchsorten ist nicht gleich verdaulich. Das Casein der Frauenmilch ist leichter verdaulich als dasjenige der Kuhmilch. 7) Der kondensirten Milch ist nur da der Vorzug zu geben vor frischer Kuhmilch, wo diese letztere nicht im guten Zustande von gesunden und mit trockenem Futter genährten Thieren zu bekommen ist. 8) Die gewöhnlichen Zuckerzusätze zur Milch können eine eingetretene Milchsäuregährung vermehren und bei ausgebrochener Kinderdiarrhoe die Gefahr vergrössern. 9) Stärkehaltige Nahrungsmittel jeder Art sollen in den ersten 2—3 Monaten nicht verwendet werden, weil in diesem Alter die Mundspeicheldrüsen nur unvollkommen und das Pankreas gar nicht im Stande ist, Stärke zu verdauen. 10) Die meisten Kindermehlfabrikate enthalten noch unveränderte Stärke und passen desswegen erst für Kinder in den späteren Monaten. 11) Die Liebig'sche Suppe ist leichter verdaulich als das Kindermehl, weil das diastasische Ferment auch im Körper des Kindes zur Umsetzung von Stärke in Zucker beitragen kann. 12) Die Kinder führen bei der künstlichen Ernährung mit Saugflaschen viel mehr Nahrungsmittel ein, als beim Trinken an der Brust. 13) Die meisten akuten Diarrhöen der kleinen Kinder stehen mit einer Säure-Entwicklung des Darminhaltes in ursächlichem Zusammenhange. 14) Das Auftreten der grünen Farbe bei den Ausleerungen ist auf eine stärkere Säureentwicklung im Darminhalte zurückzuführen. 15) Da Rohr- und Traubenzucker eine Milchsäuregährung unterhalten können, sollen zucker- und stärkehaltige Nahrungsmittel während einer akuten Kinderdiarrhoe mit stark sauren Ausleerungen nach Möglichkeit vermieden werden. (Allg. med. Central-Zeitung 1877, 15. Dez.).

Prof. John Attfield stellte Untersuchungen über den Bleigehalt der in sog. Syphons zum Verkaufe gebrachten moussirenden Wässer an und gelangte hierbei, abweichend von früheren Untersuchern, zu dem Resultate, dass das in dem genannten Wasser in minimalen Mengen vorkommende Metall nicht Blei, sondern Zinn sei. Ein Kontrolversuch mit in kohlensäurehaltigem Wasser gelegten Zinnfeilspähnen bestätigte diese Annahme. Namentlich wenn alkalische Mineralwässer angewandt worden waren, war eine Spur Zinn in dem Wasser nachweisbar; dasselbe galt von den zinnernen Zapfenhähnen (Aufsätzen) der Syphons. Jeder Uebergang auch minimaler Spuren Zinn aus diesen aufgeschraubten Hähnen der Syphons in Wasser wurde durch Versilberung der Hähne vermieden und gilt dasselbe von Mineralwässern, zu deren Bereitung seitens des Fabrikanten versilberte Zinnapparate benutzt worden sind. Zu grösserer Sicherheit werden auch die Zwingen des Syphons mit einem dünnen Ueberzuge von Silber zu versehen sein. — Alle diese Angaben haben selbstredend nur für die gesetzlich vorgeschriebene Legirung von Zinn und Blei Geltung; ist mehr Blei als das Gesetz gestattet in den Syphonhähnen vorhanden, so werden alle Gefahren der Corrosion des Bleies durch damit in Kontakt kommendes — namentlich kohlensäurehaltiges — Wasser auch für das in Syphons aufbewahrte Mineralwasser zutreffen. (Schmidt's med. Jahrb., 1877 Nr. 10.)

In Bezug auf die spontane Rückbildung von Fibromyomen nach der Entbindung hebt Dr. Hermann Löhlein hervor, dass die Bedingungen, unter welchen

ein solcher Tumor am sichersten zur Resorption gebracht werden kann, nach Hildebrandt gegeben sind: 1) wenn er die Konsistenz eines prall elastischen muskelreichen Fibromes besitzt; 2) wenn sein Sitz submukös ist und 3) wenn die Wandungen der Gebärmutter gesund, kontraktionsfähig, nicht durch Auszerrung verdünnt und nicht durch Exsudate starr geworden sind, und wenn keine Para- und Peri-Metritis in der Umgebung besteht. Der Werth eines Heilverfahrens und seine präzisere Indikation ist ohne Zweifel um so richtiger zu schätzen, je klarer die Bedingungen sind, unter welchen auch spontan Verkleinerung oder Schwund derartiger Geschwülste eintreten kann. Die Kenntnisse hierüber sind jedoch bis jetzt noch mangelhaft; besonders spärlich erscheinen die Berichte über diejenigen Spontanreduktionen, die gerade die interessantesten sind, nämlich die puerperalen und postpuerperalen. — Aus seinen eigenen Erfahrungen theilt Verfasser drei Fälle mit, von denen besonders der erste beachtenswerth ist. Beim Eintritte der ersten Konzeption war hier ein ansehnliches Myom vorhanden; ob dasselbe durch die Schwangerschaft eine Veränderung erlitt, ist unbestimmt; durch das Wochenbett aber wurde die Rückbildung der Geschwulst eingeleitet, schritt aber in den ersten Monaten nur langsam vor. Zehn Monate nach der Entbindung stand der obere Rand des Tumors noch 14 Ctm. über dem Beckeneingange, nach abermals 8 Monaten aber war eine bestimmt abgegrenzte Geschwulst nicht mehr nachzuweisen. Während einer zweiten Schwangerschaft wurde eine mässige Grössenzunahme der zurückgebliebenen Geschwulst, nach der Entbindung aber eine mit der puerperalen Involution ziemlich gleichen Schritt haltende Rückbildung derselben beobachtet. Der Resorption der Geschwulstmasse ist nach dem ersten Wochenbette ebenso wie im zweiten die Fettmetamorphose der Muskelfasern vorausgegangen. Dass diese zu Stande kam, ist zwei Momenten zu verdanken: 1) dem Reichthume an muskulösen Elementen und 2) dem breiten Zusammenhange mit dem Gebärmutterparenchyme. Dieser zweite Punkt bietet vielleicht gleichzeitig die Erklärung für die Langsamkeit des Prozesses, indem so die Nahrungszufuhr durch die tetanischen Zusammenziehungen nach der Entbindung nicht völlig abgeschnitten, sondern nur vermindert wurde. — Bei dem heutigen Stande des Wissens hat die Behandlung die Aufgabe, den Verfettungsprozess nicht sowohl durch Phosphor-, Arsenik- und Bleipräparate anzustreben, als vielmehr denselben durch solche Massregeln zu unterstützen, welche die Dauer und Intensität der Gebärmutterkontraktionen steigern. Wo es sich um submuköse oder intraparietale Fibromyome handelt, welche bereits früher lästige oder gefährliche Erscheinungen verursacht haben, müssen die günstigen Bedingungen unmittelbar nach der Geburt benützt werden, um die Geschwulst sofort zu enukleiren, wenn dies ihre Grösse und ihre Abgränzung gegen die Umgebung unschwer ausführbar erscheinen lässt. (Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäk., I, 1. p. 120, 1877.) — Einen bemerkenswerthen Beleg für diese Ansicht Löhlein's bietet die Mittheilung von Dr. Funk (Wien. med. Presse, XVIII, 16. 1877) über einen Fall, in welchem er die Enukleation eines Fibromyomes bei einer Wöchnerin ausgeführt hat: Am 31. Okt. 1876 sah er eine 40jährige Frau, welche in den ersten sieben Jahren ihrer Ehe unfruchtbar gewesen war, dann aber in Zwischenräumen von 2 Jahren vier Mal geboren hatte, zuletzt vor 6 Wochen. Doch konnte die Wöchnerin dieses Mal wegen der nachfolgenden Blutungen das Bett nicht verlassen. Dieselben waren besonders in den letzten drei Wochen stärker geworden und hatten einen hohen Grad von Anämie herbeigeführt. Funk fand am Scheideneingange ein eihautähnliches Gebilde, welches er durch Scheide und Cervikalkanal bis in die Gebärmutterhöhle mit der Hand verfolgen konnte, wo es eine grössere Masse von derber Konsistenz bildete. Es war so fest mit der Gebärmutterwand verwachsen, dass es mit den Nägeln ausgeschält werden musste. Nach seiner Wegnahme trat eine Blutung ein, welche Synkope zur Folge hatte, doch bald gestillt werden konnte. Die Rekonvalescenz verlief vollkommen günstig. Das Präparat zeigte von Fäulniss keine Spur und entsprach in Form, Grösse und Konsistenz einer Placenta, nur fehlten die zahlreichen grossen Gefässe und die Farbe war weissröthlich. Die mikroskopische Untersuchung stellte an der Geschwulst den Charakter eines Fibromyomes fest, dessen muskulöse Elemente vielfach fettig entartet waren.

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 4. *Erlangen*, am 26. Januar 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Beziehungen zwischen dem lokalen oder allgemeinen Auftreten des Hydrops und der Blutbeschaffenheit. Statistisches über Augenleiden. Ueber Zwangsvorstellungen. Das akute Lungenödem. Ursachen des Schlafes. Nothwendigkeit der Untersuchung in Bezug auf zurückgebliebene Placentarreste im Uterus nach der Geburt. Resultate aus Harnuntersuchungen bei ganz jungen Kindern. Fall von Aneurysma in der Wand eines Magengeschwüres. Vorkommen von Zinkoxyd in der Leber des Menschen wie bei Thieren und Pflanzen.

Zur Erörterung der für die Erklärung gewisser Krankheitsvorgänge so wichtigen Frage über die Beziehungen zwischen dem lokalen oder allgemeinen Auftreten von Hydrops und der Blutbeschaffenheit haben die DD. Prof. Cohnheim und Privatdoz. Lichtheim Versuche an Hunden und Kaninchen angestellt. Sie infundirten denselben in die Vena jugularis externa oder auch in eine andere Vene so lange eine 0.6 prozentige Kochsalzlösung mittelst Spritze oder unter konstantem niedrigem Drucke, bis die Thiere starben. Die höchst bemerkenswerthen Ergebnisse dieser Untersuchungen sind im Wesentlichen folgende: 1) Da eine derartige Kochsalzlösung sich anders verhält als das von Magendie in gleicher Weise eingespritzte Wasser und da dieselbe für das Blut, vor Allem für die Blutkörperchen, ziemlich indifferent ist, nahm der Organismus enorme Quantitäten davon auf, ehe der Tod eintrat (Kaninchen in 2 Stunden 46 pCt., Hunde sogar bis 92 pCt. ihres Körpergewichtes). In einzelnen Fällen starben die Thiere weit eher und zwar an akutem Lungenödem. oder Krämpfen. 2) Niemals wurde hierbei eine Spur von Hautödem, Anasarka, gefunden. 3) Die Alteration des Blutes bestand in hochgradiger Verdünnung, in einer Verarmung des Serum an festen Substanzen. Der Trockenrückstand des Hundeblutes (normal etwa 20 pCt.) sank auf 11.64 pCt., im anderen Falle auf 11.33 pCt. oder, wo bei offenen Bauchdecken operirt wurde, sogar auf 4.87 pCt. Das Blutserum allein enthielt einmal sogar nur 2 pCt. festen Rückstand. 4) Der Blutdruck stieg bei den enormen eingeführten Quantitäten nur unerheblich, wie die Verff. durch drei mit genauen Zahlenangaben versehene Beispiele beweisen. Momentan stieg zwar der Druck mit jeder neuen Infusion, ging aber sehr bald wieder auf seinen alten Stand zurück. 5) Die Kurve des Blutdruckes zeigte bald nach dem Beginne der Infusion ein Verschwinden der den Respirationsbewegungen entsprechenden Wellen und die Exkursionen der Pulswellen wurden grösser. Auch der Venendruck ging schliesslich ziemlich auf seinen ursprünglichen Werth zurück. Bei jedem Einfliessen trat mit Drucksteigerung auch ein rückläufiger Venenpuls ein. 6) Die Geschwindigkeit des Blutstromes wächst erheblich und dauernd, wie die Verff. leicht am Mesenterium, der Zunge oder Schwimmhaut derartig behandelter Frösche und ebenso am Mesenterium der Hunde und Kaninchen durch direkte mikroskopische Beobachtung konstatiren konnten. 7) In bestimmten drüsigen Organen fand vermehrte Wasserausscheidung Statt. Der reichliche, helle und leichte Harn enthielt anfangs zuweilen etwas Albumen, häufiger Zucker. Der Speichel, der Magen- und Darm-Saft waren vermehrt. Die Galle floss reichlicher und ebenso secernirten Konjunktiva, Thränendrüsen und Nasenschleimhaut in höherem Grade. 8) Was die Transsudation aus dem Blute in die Gewebe betrifft, so zeigte sich zunächst, dass durch die

hydrämische Plethora der Lymphstrom des Ductus thoracicus enorm beschleunigt wurde; dabei nahm die milchige Lymphe eine hellere, zuletzt wasserklare Farbe an. Während die Extremitätenlymphe durchaus nicht schneller floss als im normalen Zustande, zeigte sich die Geschwindigkeit des Lymphstromes an den Halsstämmen entschieden gesteigert. Es fand sich ferner in allen Fällen mehr oder weniger starker Ascites, ödematöse Schwellung der Mukosa und Submukosa des Magens und Darmes, der mesenterialen Lymphdrüsen und am meisten des Pankreas und der Gallenblase. Leber und Nieren waren ebenfalls stets deutlich ödematös, Milz nur zuweilen; dagegen war wiederum konstant und merklich Oedem der Unterkieferspeichel- und Thränen-Drüsen vorhanden. Die ödematösen Organe waren also keineswegs dieselben, welche bei hydropischen Nierenkranken am frühesten im Zustande des Oedems gefunden werden. 9) Diese hervorragende Betheiligung des Pfortadergebietes am Oedem konnte nicht dadurch bedingt sein, dass ein Theil der infundirten Flüssigkeit von der Vena jugularis aus direkt in die Vena cava inferior vordrang, die Entleerung des Pfortadergebietes hemmte und so Oedem veranlasste, denn das gleiche Bild entstand, wenn andere Venen (z. B. die Femoralis) zur Injektion benutzt wurden. 10) In den Verhältnissen des Pfortaderkreislaufes hatte das erwähnte Oedem ebensowenig seinen Grund, denn in der Pfortader wurde keine andauernde Drucksteigerung gefunden, in den Pfortaderwurzeln liess sich durchaus keine Blutstromverlangsamung konstatiren und es waren eben auch andere, nicht zum Pfortadergebiete gehörende Organe (Speicheldrüsen, Nieren) ödematös. 11) Durch Benützung anderartiger Injektionsflüssigkeiten (destillirtes Wasser, Traubenzuckerlösung, verdünntes Blutserum) wurden die gleichen Oedeme, aber meist geringeren Grades und komplizirt durch Blutungen, erzielt. 12) Bei einer Hydrämie, d. h. einer nur relativen (nicht absoluten) Vermehrung der Wassermenge des Blutes (durch einfache Wegnahme grösserer Blutmengen und Ersatz von Kochsalzlösung hervorgerufen), wurde nie bei den auf mehrere Tage sich erstreckenden Versuchen Oedem beobachtet. 13) Da man vermuthen könnte, dass das Hautorgan der Hunde und Kaninchen wegen bestimmter Eigenthümlichkeiten der Struktur, etwa der mangelhaften Ausbildung der Schweissdrüsen, frei von Oedem blieb, wurden auch andere, mit reichlicheren Schweissdrüsen versehene Thiere, u. A. ein Schaf, den gleichen Versuchen unterworfen und der Erfolg war derselbe nämliche. 14) In der Umgebung von Wunden, an Hautstellen, welche mit Jodtinktur bepinselt worden waren, an der durch Einwirkung der Sonnenhitze in einen dem Sonnenbrande analogen Zustand versetzten Bauchhaut entsprechend rasirter Hunde trat stets das dem Unterhautbindegewebe sonst fehlende Oedem auf. — Die Schlussfolgerungen, welche Cohnheim und Lichtheim aus diese Untersuchungsergebnisse knüpfen, gehen dahin, dass nach ihrer Ansicht weder durch die hydrämische Plethora noch durch die Hydrämie als solche allein die Entstehung der Oedeme erklärt werden könne. Ein wesentlicher anderer Umstand sei für das Zustandekommen des Oedems in einer durch die Alteration des Blutes bedingten Veränderung der Gefässwände zu suchen, worauf namentlich das letzterwähnte Resultat deute. Der Grund für das eigenthümliche lokale Verhalten der Oedeme beruhe darin, dass die betreffenden Gefässbezirke vor Allem und eher in den dem Zustandekommen der Oedeme günstigen Zustand versetzt würden. Das nach Scharlach auftretende Oedem der Haut sei einerseits durch die entzündliche Hauterkrankung und die dadurch gegebene Veränderung der Gefässwände, andererseits durch die in Folge der Nierenerkrankung auftretende hydrämische Plethora zu erklären. Es weicht demnach, was das Entstehen der Oedeme bei Nierenleiden anlangt, die Ansicht der Verfasser wohl von der älteren Annahme Bright's ab, welcher die Hydrämie als Ursache der Oedeme Nierenkranker gelten lässt, als auch von der neuerdings durch Bartels vertretenen Theorie, nach welcher die hydrämische Plethora die alleinige Ursache dieser Oedeme ist. (Virchow's Archiv, Bd. 69 Heft 1 p. 106, 1877.)

In den Ophthalm.-Hosp.-Reports, Bd. 8 und 9, veröffentlicht Dr. W. A. Brailey einen neuen Bericht über die pathologische Sammlung des Augenkranken-Spitales zu London, welcher interessanten Arbeit wir das Nachfolgende entnehmen: Unter 113 Fällen, in welchen der Bulbus wegen einer Verletzung entfernt worden ist, sind 85 beim männlichen und 28 beim weiblichen Geschlecht notirt. Wie stark die Beschäftigung hierauf von Einfluss ist, geht daraus hervor, dass unter 46 hierhergehörigen Augen nur eines

dem weiblichen Geschlechte angehörte. Bei 22 von diesen 46 Augen fanden sich Metallsplitter im Inneren vor. Bei den übrigen Verletzungen, welche nicht in Folge der Beschäftigung eingetreten waren, zählen leider die Kinder mit der hohen Ziffer von 34, die Mädchen besonders durch Scheeren, Nadeln und Gabeln, die Knaben durch mannigfach gefährliches Spielzeug geschädigt. — Bei den Krankheiten, welche zur Exzision des Bulbus führten, stehen Männer und Frauen ziemlich gleich hoch (44:41). Bei dem Glaukome und den Exanthemen überwiegt sogar das weibliche Geschlecht, Sarkome finden sich bei beiden Geschlechtern gleich häufig, Gliome etwas öfter beim männlichen Geschlechte. — Nicht uninteressant ist, was Brailey über die Betheiligung des rechten und des linken Auges sagt. Bei den Verletzungen war ein Ueberwiegen einer bestimmten Seite nicht zu konstatiren. Glaukom war links noch ein Mal so häufig wie rechts, ebenso überwog die linke Seite beim Verluste des Auges nach Exanthemen und der Ophthalmia recens natorum, während bei der Tripper-Ophthalmie, wahrscheinlich weil vorwiegend die rechte Hand der Träger des Kontagiums ist, das rechte Auge öfter verloren geht. Sarkome scheinen meistens rechts, Gliome ungewöhnlich häufig links vorzukommen. Waren beide Augen ergriffen, so war der Prozess linksseitig am weitesten vorgeschritten. Auch entzündliche Affektionen waren links in erhöhter Ziffer vorhanden. Eine Durchsicht verschiedener Jahrgänge der Spitaljournale bestätigte diese Angaben vollständig. — Aus der reichhaltigen Kasuistik kann hier nur Folgendes bemerkt werden: Verletzungen — 46 Fälle (worunter 12 fremde Körper), theils tabellarisch, theils mit ausführlichem Sektionsbefunde einzeln mitgetheilt. Ein Fall, in welchem aus dem Aussehen eines eingedrungenen Schrotkornes zu schliessen war, dass dasselbe nicht direkt aus dem Gewehre kam, sondern an einem Steine abgeprallt sein musste, ist für Gerichtsärzte von Interesse. — Gliom: 8 Fälle, sämmtlich linksseitig. Das jüngste Kind war 2 Monate und das älteste 4 Jahre alt. — Sarkome nur im Alter von nahezu 50 bis gegen 70 Jahren. — Iriskysten: 2 Fälle, darunter 1 Mal ohne nachweisbare Ursache, 1 Mal nach einer Kataraktextraktion. — Sympathische Ophthalmie: 2 Fälle davon bemerkenswerth, welche nach Kataraktextraktion sich ereignet hatten. Dass bei diesen zahlreichen Enukleationen auch sonst mehrfache Veränderungen gefunden wurden, welche mit der die Enukleation bedingenden Ursache nichts zu thun hatten, ist begreiflich. Somit findet sich für die pathologische Anatomie manches Interessante: z. B. Reste der Arteria hyaloidea, Neuritis optici, pigmentirte Netzhaut u. s. w. In einem Falle von Bleivergiftung, die zum Tode geführt hatte, fand sich lockeres Bindegewebe an der Austrittsstelle der Gefässe aus dem Sehnerven, das Gefüge der Lamina cribrosa war sehr deutlich und sprang stärker als gewöhnlich über die Fläche der Aderhaut hervor. Die Sehnervenscheide war sehr dick, das Bindegewebe zwischen den Nervenfasern massenhaft, die Nervenbündel selbst hatten ein variköses Aussehen. Noch ist zu bemerken, dass das aus der gesammten Gehirnsubstanz ausgeschiedene Blei 0.3 Grm. wog. — Hieran mag sich die Analyse eines kurzen Aufsatzes von E. Nettleship reihen (a. a. O. 9. Band). Derselbe hat einen insbesondere bei den englischen Aerzten sich findenden Mangel an Vollständigkeit der Beobachtungen dadurch zu ersetzen gesucht, dass er über das Schicksal der in den Jahren 1871—1873 wegen maligner Augenerkrankungen Operirten Erkundigungen einzog. Der Zeitraum von $2^1/_2$—$5^1/_2$ Jahren erschien lange genug, um einen giltigen Schluss betreffs der Recidive ziehen zu können. Unter 10 Fällen von Sarkom war 6 Mal ein Recidiv ausgeblieben, trotzdem zwei Mal ein Familienübel zu Grunde zu liegen schien; 4 Mal war ein Recidiv erfolgt, 2 Mal lokal und 2 Mal auch an anderen Körperstellen; bei den lokalen Recidiven war das freie Intervall nur sehr kurz gewesen. Unter diesen Rückfällen hatte bei der ersten Operation bereits drei Mal der Durchbruch stattgefunden, zwei Mal war eine erbliche Anlage wahrscheinlich. — Von 4 Gliomen recidivirten 2 sehr bald, während 2 Kinder, die sehr frühe zur Operation gekommen waren, dauernd gesund blieben. — Ein Fall von Tumor des Thränensackes unbestimmter Natur machte zwei Mal örtliche Recidive. — Eine Melanose der Aderhaut hatte nach der Operation des örtlichen Recidives und der Zerstörung durch Zinkpaste binnen 6 Monaten zu allgemeinen Metastasen geführt. —

Prof. Westphal lenkt (in der Berl. klin. Wochenschr. v. 12. Sept. 1877) die Aufmerksamkeit der Collegen auf eine Form psychi-

scher Störungen, welche in den Irrenanstalten gar nicht oder nur sehr selten gesehen wird. Die fundamentale Erscheinung, um welche es sich bei dieser Störung handelt, ist das Auftreten von „Zwangsvorstellungen". Unter dieser Bezeichnung versteht Verfasser solche Vorstellungen, welche bei übrigens intakter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affektartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche endlich der Befallene selbst stets als abnorme, ihm fremdartige Ideen anerkennt und welchen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht. Der Inhalt dieser Vorstellungen kann ein sehr mannigfaltiger sein, meist ist er absurd, steht in keinem nachweisbaren Zusammenhange mit dem früheren Vorstellungsinhalte, sondern erscheint dem Erkrankten selbst unbegreiflich und wie aus der Luft ihm angeflogen; so konnte z. B. ein Patient die Vorstellung nicht los werden, er könne etwas auf Papier schreiben, dessen Inhalt geeignet sei, ihn selbst anzuschuldigen etc. Alle diese Kranken sind meist intelligente, nicht selten hochgebildete Menschen, denen Niemand aus ihrer Umgebung ein psychisches Leiden anmerkt, die sich während langer Zeit Niemandem entdecken, aus Furcht, für verrückt gehalten zu werden; sie sind sich des Unsinnigen und Albernen dieser Vorstellungen bewusst, können jedoch dieselben trotz aller Willensanstrengung nicht zurückweisen. Diese Vorstellungen werden niemals zu ächten Wahnideen wie in der Verrücktheit. Die Angstgefühle, welche manchmal auf einer gewissen Höhe der Krankheit auftreten, sind immer sekundäre, hervorgerufen durch den krankhaften Zwang im Denken, indem der Kranke durch das Sonderbare der Erscheinung beängstigt wird, dass er einem überwältigenden, ihm ganz fremden psychischen Zwange unterliegt, oder es ist der Inhalt der aufgetauchten Zwangsvorstellungen selbst, welcher ein Gefühl der Beängstigung hervorzurufen im Stande ist. — Obwohl die Zwangsvorstellungen nie zu eigentlichen Wahnvorstellungen werden, begehen die Kranken doch oft alberne, verkehrte Handlungen im Sinne ihrer Zwangsvorstellungen. In nicht seltenen Fällen vermögen sie so viel über sich, dass die Zwangsvorstellungen überhaupt keinen wesentlichen Einfluss auf ihr Handeln ausüben; in anderen Fällen kommt den Zwangsvorstellungen von vornherein und mehr unmittelbar eine ausgesprochene Richtung auf die motorische Sphäre zu, sei es, dass sie sich sofort mit einem Impulse zum Handeln oder mit der Hemmung eines Impulses zum Handeln verknüpfen. — Der Beginn ist für die meisten Fälle ein ganz plötzlicher, mitten in einem sonst ganz gesunden Zustande; die erste Zwangsvorstellung tritt entweder plötzlich aus dem Haupte hervor oder irgend eine gleichgiltige Handlung bietet dazu den Anknüpfungspunkt etc. — Diese Kranken sind häufig theils zu den Melancholischen und Hypochondrischen, theils zu den „Verrückten" gerechnet worden. Von den Melancholischen unterscheiden sie sich vor Allem durch die bei letzteren zu Grunde liegenden und die wesentliche Erscheinung bildenden krankhaften Gefühls- und affektartigen Zustände sowie durch das Fehlen der charakteristischen melancholischen Vorstellungen, von den Hypochondrischen durch den Mangel des krankhaften subjektiven Empfindungszustandes, von den Verrückten durch Abwesenheit der typischen Wahnideen, der Hallucinationen etc. — Was die übrigen Erscheinungen des Nervensystems betrifft, so bestehen zuweilen Sensationen in der Magengegend, Benommenheit, Druck im Kopfe, gesteigerte Empfindlichkeit der Sinnesorgane und Schlaflosigkeit. Diese Psychose kommt beim männlichen und weiblichen Geschlechte vor und scheint in jedem Lebensalter auftreten zu können. — Wenn die Krankheit bei bis dahin gesunden Erwachsenen auftritt, so beobachtet man nicht selten vollkommene Heilung, mit Neigung zu Recidiven; andere Male bleibt der Zustand mit wechselnder Besserung und Verschlechterung oder dauernder Verschlechterung; der Uebergang in Verrücktheit steht nicht zu befürchten, ebensowenig findet eine Entwicklung intellektueller Schwäche Statt; der Arzt darf den Befürchtungen des Irre- und Blödsinnig-Werdens entschieden gegenübertreten. — Was die Behandlung betrifft, so ist im Allgemeinen für Kranke mit Zwangsvorstellungen die Irrenanstalt nicht der geeignete Ort; häufiger Ortswechsel und geselliger Verkehr scheint angemessener; nur in den Fällen, in welchen Zwangsvorstellungen innig mit Willensimpulsen verbunden auftreten, kann die Aufnahme in eine Anstalt nothwendig werden; am meisten sind dem Individuum angepasste Kaltwasserkuren und Aufenthalt an hochgelegenen Gebirgsorten zu empfehlen. —

A. Seeligmüller theilt mehrere für die Pathologie des Sympathikus interessante Fälle mit, unter welchen sich zunächst zwei von traumatischer Lähmung des Halstheiles dieses Nerven befinden. Die erste Beobachtung betrifft ein Kind, welches während der Geburt eine Lähmung des linken Plexus brachialis erlitten: Die linke Lidspalte war kleiner als die rechte, ebenso die linke Pupille nur halb so gross als die andere; Ausschläge sollen nur die linke Körperhälfte einnehmen. Im zweiten Falle hatte sich ein 20jähriger Arbeiter aus Versehen durch die linke Schulter (Verletzung des linken Schlüsselbeines, der linken ersten Rippe und der linken Lungenspitze) geschossen. Die linke Gesichtshälfte war heller als die rechte und kühler anzufühlen, der rechte Gehörgang wärmer als der linke, die linke Pupille und Lidspalte kleiner als dieselben rechterseits, die ganze linke Gesichtshälfte etwas abgeplattet. — Zwei weitere Fälle behandeln die (traumatische) Sympathikusreizung, beide die linke Seite betreffend und mit totaler Lähmung des linken Plexus brachialis verbunden. Das wesentlichste Symptom war eine Erweiterung der Pupillen in den betreffenden Fällen, während merkwürdigerweise die Lidspalten in diesen und noch einem dritten Falle eher enger erschienen. Vasomotorische Erscheinungen fehlten ganz. Druck auf die Oberschlüsselbeingrube oder das Ganglion supremum in dem einen Falle erweiterte ebenso wie Reizung mit der Kathode die Pupille der entsprechenden Seite. — Verschiedene Beobachtungen führten den Verf. ferner zu der Ueberzeugung, dass man bei vielen an Affektionen der Lungenspitzen leidenden Kranken zuerst Reizungs-, später Lähmungserscheinungen eines oder beider Halssympathici werde erwarten können, ja dass auch entzündliche Prozesse in den tiefer gelegenen Theilen der Lunge Sympathikuserscheinungen auf der betreffenden Seite hervorrufen dürften. Bei Kranken ferner, welche an sogenanntem nervösem Herzklopfen litten, war nach den Beobachtungen des Verfassers die linke Pupille dauernd weiter als die rechte, (Struma oder sonstige Erscheinungen von Morbus Basedowii bestanden nicht) und somit war wohl ein chronischer Reizzustand des linken Halssympathikus anzunehmen. — Eine andere Beobachtungsreihe enthält Fälle von Hemiatrophia facialis progressiva, von denen einer einen 10jähr. Knaben betraf, dessen Tante eine ähnliche Affektion hatte. Die linke Wange desselben war in der Infraorbitalgegend (frühere Inzision wegen eines Abszesses daselbst) eingesunken, die Haut dort nicht wesentlich verändert, dagegen die linke Zungenhälfte dünner, die linken Zähne in beiden Kiefern kleiner, die linken Kaumuskeln weniger entwickelt als die rechten, die linke Pupille und Lidspalte grösser als die rechte und erstere erweiterte sich noch mehr durch Druck auf das Ganglion supremum. Seeligmüller lässt es dahingestellt, ob man hier von der dauernden Reizung der gefässverengernden Nerven die Hemiatrophie des Gesichtes ableiten dürfe oder ob eine erbliche Neuropathie bestand, jedenfalls weist er auf die entzündlichen Prozesse in der Umgebung des Sympathikus hin (z. B. Mandelentzündung und Verschwärung) als eventuelle Gelegenheitsursachen zu Störungen der Thätigkeit der nahe gelegenen Nerven. — Zum Schlusse spricht Verfasser noch unter Mittheilung eines diesbezüglichen Falles über die Sympathikusaffektion bei cerebraler Hemiplegie. Er sah im Gegensatze zu Nothnagel in einem Falle rechtsseitiger Hemiparese eine bleibende und ganz ausgesprochene Lähmung des linken Sympathikus. Er kann diese Differenz in den Beobachtungen nicht befriedigend erklären. Eine letzte Beobachtung macht es ihm wahrscheinlich, dass die bei cerebralen Hemiplegieen während des Lebens bestehende Verengerung der Pupille auch nach dem Tode noch fortbesteht, was eventuell bei komatösen oder plötzlich verstorbenen Individuen zu einer Sicherstellung einer genaueren Diagnose über den Sitz der Affektion im Hirne von Nutzen sein könnte. (Centralblatt f. d. mediz. Wissensch., 1878, 5. Jan.) —

In der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur, medizinische Sektion, Sitzung v. 7. Dez. 1877, berichtete Prof. Cohnheim über eine Versuchsreihe, welche er in Gemeinschaft mit Herrn Welch aus New-York behufs Aufklärung der Geschichte des akuten Lungenödems angestellt hat. Das akute Lungenödem, welches sich von dem Engouement der Pneumonie schon dadurch unterscheidet, dass es immer über die gesammten beiden Lungen sich ausdehnt, befällt bekanntlich mehr minder plötzlich Herzkranke, tritt sehr häufig in der Agonie auf und ist ein nicht seltenes unerwünschtes Accidens bei allerlei besonders am Cirkula-

tionsapparat angestellten physiologischen und pathologischen Experimenten. Eine Folge arterieller Hyperämie kann dasselbe nicht sein, da mehr als drei Viertel der Lungenarterienbahn bei einem Hunde oder Kaninchen ausgeschaltet werden können, ohne dass in dem noch offenen Reste Oedem entsteht; auch die Annahme, dass es ein Effekt plötzlich eintretender Herzschwäche sei, wird durch die Erfahrungen über die Wirkung der Kalisalze und anderer Herzgifte widerlegt, und jede Mitralstenose lehrt unzweideutig, dass passive Hyperämie in den Lungen an sich nicht zu Oedem führt. Da indessen nach allgemeinen pathologischen Prinzipien Oedem nur durch eine Veränderung der Gefässwände oder durch venöse Stauung entstehen kann, so unternahm Vortragender es, den Druck im Pulmonalgefässsysteme bei einem zu Oedem führenden Eingriff, nämlich der Unterbindung des Aortenstammes, zu prüfen; es zeigte sich, dass nach Verschluss der Aorta ascendens der Pulmonaldruck rapide und enorm in die Höhe ging. Verengerung des Aortenstammes hatte dagegen früher eine durch Hirnanämie bedingte Steigerung des Karotidendruckes zur Folge als eine gleiche des Lungengefässsystemes. Bei der desshalb bevorzugten Ligatur der Aortenäste ergab sich, dass Verschluss der Aorta descendens, Subclavia sinistra und einer Karotis den Pulmonaldruck nicht steigerten, bei Verschluss auch der zweiten Karotis einzelne Male, dagegen bei Ligatur auch der rechten Subclavia hinter dem Abgange der Vertebralis dextra jedes Mal rapides Ansteigen des Lungenarteriendruckes und tödtliches Lungenödem erfolgte. Die Wahrscheinlichkeit, dass es sich demnach bei letzterem um ein akutes Stauungsödem handle, wurde durch den reichlichen Gehalt der Oedemflüssigkeit an rothen Blutkörperchen noch erhöht und weiterhin dadurch zur Gewissheit gebracht, dass auch durch Zuklemmen des linken Ventrikels, dann des linken Vorhofes, endlich durch Ligatur der Mehrzahl der Lungenvenen tödtliches Lungenödem sich herbeiführen liess. Der Umstand, dass erst der Verschluss fast sämmtlicher Lungenvenen Oedem zur Folge hatte, klärt zugleich den scheinbaren Widerspruch mit der Wirkung einer Mitralstenose dahin auf, dass es in den Lungen erst dann zum Stauungsödem kommt, wenn das Hinderniss, welches dem Abflusse des Blutes aus den Lungenvenen entgegensteht, von der Aktion des rechten Ventrikels nicht mehr überwunden werden kann. Ein solches unüberwindliches Hinderniss muss nun auch jede Lähmung oder lähmungsartige Schwäche des linken Ventrikels bilden, wenn gleichzeitig der rechte Ventrikel fortarbeitet. Ob Letzteres mit normaler, verstärkter oder selbst verringerter Kraft geschieht, ist dafür gleichgiltig und kann höchstens die zeitliche Einwirkung der tödtlichen Lungenstauung beeinflussen. In der That gelang es Cohnheim, durch eine kurze energische Kompression des linken Ventrikels beim Kaninchen einen dauernden Stillstand desselben in der Diastole, bei ungeschwächtem Fortschlagen des rechten zu erzielen; solche Thiere gingen dann ausnahmslos an Lungenödem zu Grunde. — Schliesslich zieht derselbe die aus seiner Versuchsreihe sich ergebenden Folgerungen für die Pathologie und versucht darzuthun, dass die meisten, wenn nicht alle Fälle von akutem Lungenödem sich durch eine plötzlich entstandene Schwäche des linken Herzventrikels erklären lassen. Insbesondere betont er den konstanten Inhalt auch des menschlichen akuten Lungenödems an rothen Blutkörperchen und die Ueberfüllung und starke Ausdehnung der rechten Herzhälfte in den Leichen der an Lungenödem Verstorbenen; ferner macht er darauf aufmerksam, wie in schweren Anfällen von Lungenödem, trotz drohender Erstickung, der Radialpuls klein und selbst unfühlbar wird, und erinnert mit Rücksicht auf das Lungenödem der Agonie an die seit Haller bekannte Thatsache, dass das rechte Herz eines Sterbenden später zu schlagen aufhört als das linke. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, 12. Januar.)

Prof. Preyer's (Jena) Untersuchungen über die Ursachen des Schlafes haben zu folgenden Ergebnissen geführt: 1) Der normale, periodische, natürliche oder physiologische Schlaf ist ein Zustand des Organismus, welcher gänzlich verschieden ist von gewissen pathologischen oder künstlich herbeigeführten, oft mit ihm verwechselten Zuständen, wie Somnolenz, Koma, Asphyxie, Narkose. 2) Der fundamentale Unterschied beider Zustände bezüglich ihrer Ursache ist folgender: Immer geht dem natürlichen Schlafe Ermüdung der Sinnesorgane, der Muskeln, des Gehirnes vorher. 3) Kein geistiger Vorgang, welcher Art er auch sei, kann sich äussern, wenn nicht das Gehirn ein gewisses Quantum Sauerstoff zu seiner Verfügung hat, welcher

ihm vom Blute zugeführt wird. Fehlt es den Ganglienzellen an Sauerstoff, so lässt die Thätigkeit des Gehirnes nach wie im Schlafe. 4) Da nun das Gehirn im Schlafe ebensoviel Blut und Sauerstoff erhält wie im wachen Zustande, so muss man schliessen, dass der Sauerstoff, da er nicht mehr zur Hervorbringung psychischer Aktionen dient, im Schlafe eine ganz andere Verwendung findet als im wachen Zustande. 5) Während der geistigen und körperlichen Arbeit bilden sich eigenthümliche Stoffe, welche in der Ruhe nicht oder nur in kleinen Mengen vorhanden sind, Ermüdungsstoffe oder „ponogene" Substanzen, wie Milchsäure, Kreatin. Diese Stoffe können sich im Blute und in den Organen anhäufen, und da sie leicht oxydirbar sind, bemächtigen sie sich desjenigen Sauerstoffes, welcher während der Anstrengung dem Gehirn und den Muskeln nothwendig ist. Der Beginn dieser Anhäufung ist für die Ermüdung charakteristisch, ihre Oxydation für den Schlaf, das Ende der Oxydation bezeichnet das natürliche Erwachen. 6) In der That können die Produkte der Muskelthätigkeit, wie die Milchsäure, wenn sie künstlich in den Organismus eingeführt werden, Ermüdung und sogar Schlaf herbeiführen (wie die Anstrengung selbst), vorausgesetzt, dass man möglichst alle Erregungen vermeidet. 7) Es geschieht öfters, dass die künstliche Einführung der Milchsäure oder ihrer Salze den angegebenen Erfolg nicht hat. Um diese Fälle zu erklären, bedarf es einer sorgfältigen Prüfung vieler Einflüsse. Die Grundlage der hier wiedergegebenen Theorie wird durch dieselben nicht erschüttert. (Verhandlungen des V. internat. medic. Kongresses zu Genf, 1877.) —

Dr. Julius Heller weist zunächst an der Hand zweier kurzer Mittheilungen darauf hin, wie nothwendig es sei, nach einer Geburt genau zu prüfen, ob nicht noch Placentarreste im Uterus zurückgeblieben sind. Auch in den mitgetheilten Fällen war scheinbar die ganze Placenta abgegangen oder entfernt worden und erst später zeigte sich, dass die eingetretene Blutung nur von Resten der Placenta stammte. — Heller bespricht nun die bekannten Verschiedenheiten in Bezug auf die anatomische Beschaffenheit der Placenta, die namentlich bei abgestorbenen Früchten häufig welk und zerreisslich sein soll, und weist darauf hin, dass es bei partieller Verwachsung der Placenta oft nicht möglich ist zu entscheiden, ob dieselbe ganz abgegangen ist. Die verwachsenen Reste gehen dann häufig nach einiger Zeit von selbst ab, wofür Heller einige Beispiele anführt. Er bespricht sodann die Umwandlung der im Uterus zurückgebliebenen Reste (Placentarpolypen, Vereiterung mit den Lochien, Fäulniss in einem Fall von Heller selbst beobachtet) und führt dann das Bekannte über Diagnose und Prognose an. — Hinsichtlich der Behandlung dringt er darauf, dass nach jeder Entbindung eine genaue Untersuchung der Gebärmutter stattfinden muss. Sehr zweckmässig ist es, dabei eine Warmwassereinspritzung zu machen, um theils das im Uterus Zurückgebliebene herauszuspülen, theils den Uterus zu Kontraktionen anzuregen, durch welche dann meist die Reste ausgetrieben werden. Nach der Beobachtung Runge's dagegen ist das heisse Wasser nicht im Stande, den Uterus zu so kräftigen Kontraktionen anzuregen. Ausserdem soll die innere Oberfläche des Uterus durch das Wasser lederartig und es dadurch möglich werden, einen fremden Körper vom Uterus zu unterscheiden. Haben dagegen Placentar- oder Eihautreste schon längere Zeit im Uterus verweilt, so ist es am zweckmässigsten, den Muttermund durch Pressschwamm oder Laminaria zu erweitern. Hiedurch wird in der Regel der Placentarrest durch Uteruskontraktion so weit hervorgetrieben, dass man denselben mit dem Fingernagel entfernen kann. Auf diese Weise gelang es Heller in einem Falle, eine ganze 4 Monate lang im Uterus zurückgebliebene Placenta zu entfernen. Ungefähr 20 Stunden lang hatte sich die Laminaria im Collum uteri befunden, nach dieser Zeit befand sich die Placenta in der Scheide. Heller verkennt keineswegs die Gefahren, die oft mit diesen Erweiterungsmitteln (Pressschwamm, Laminaria) verbunden sind, und weist daher nochmals auf die Nothwendigkeit einer genauen, mit der nöthigen Vorsicht — in Hinsicht auf Infizirung — zu unternehmenden Untersuchung gleich nach der Geburt hin. (Schweiz. Korresp.-Blatt, VI, 18.) —

Im Jahrb. f. Kinderheilkunde N. F. XI S. 393 ff. resumirt P. Cruse die Ergebnisse seiner 90 Mal bei 14 Kindern im Alter von 2—60 Tagen angestellten Harnuntersuchungen wie folgt: 1) Die absolute Menge des 24stündigen Harnes nimmt vom 2. bis zum

5.—10. Tage schnell und bedeutend, vom 10. bis 60. Tage langsam und unbedeutend zu. 2) Im Gegensatze hierzu nimmt das spezifische Gewicht und der Prozentgehalt des Harnes an den wesentlichen Harnbestandtheilen bis zum 5.—10. Tage schnell, nach dem 10. Tage kaum merklich ab. Eine Ausnahme hiervon macht der Phosphorsäuregehalt des Urins, der mit zunehmendem Alter ebenfalls zunimmt. 3) Die auf 1 Kilogr. Körpergewicht berechnete 24stündige Harnmenge und die Menge der wesentlichen Harn-Bestandtheile nimmt vom 2. bis zum 5.—10. Tage schnell zu und bleibt dann bis zum 60. Tage mit unbedeutenden Schwankungen auf der einmal erreichten Höhe stehen. Eine Ausnahme hiervon macht die 24stündige Kochsalzmenge, die nach dem 10. Tage wieder abnimmt. 4) In der Zeit bis zum 5.—10. Tage ist der Harn meist getrübt, seine Farbe häufig dunkel, seine Reaktion öfters sauer, nach dem 10. Tage ist der Harn stets klar, seine Farbe immer blassstrohgelb, seine Reaktion meist neutral. 5) Bis zum 10. Tage enthält der Harn öfters Eiweiss, nach dem 10. Tage niemals. 6) Im Allgemeinen macht also die Beschaffenheit des Harnes der Säuglinge in der Zeit vom 2. bis zum 5.—10. Tage mannigfache Veränderungen durch, nach dem 10. Tage dagegen wird ein ziemlich konstantes und meist sich gleichbleibendes Verhalten desselben beobachtet. Der Beginn des letzteren Verhaltens entspricht zeitlich dem Beginne deutlicher Gewichtszunahme der Kinder. 7) Ausser vom Alter wird die Harnausscheidung der Säuglinge auch noch vom Körpergewichte beeinflusst; es steht nämlich die absolute Harnmenge für 24 Stunden in geradem, die Harnmenge pro Kilogramm in umgekehrtem Verhältnisse zum Körpergewichte. Dagegen steht sowohl die absolute Menge des Harnstoffes und des Chlornatriums als auch die Menge derselben pro Kilogramm in geradem Verhältnisse zum Gewichte. Auch das spezifische Gewicht des Harnes und (in den ersten zehn Tagen) der Farbstoffgehalt desselben sind bei höherem Gewichte des Körpers vermehrt. 8) Im Vergleiche zur Harnausscheidung Erwachsener ist die auf 1 Kilogr. Körpergewicht berechnete Menge des 24stündigen Harnes bei Säuglingen etwa $3^1/_2$—4 Mal grösser, während die in gleicher Weise berechnete 24stündige Menge der wesentlichsten Harnbestandtheile etwa $1^1/_2$—$3^1/_2$ M… kleiner ist, und zwar ist die Harnstoffau… scheidung bei Säuglingen am wenigsten, d… Phosphorsäureausscheidung am meisten re… mindert. —

Folgenden Fall von Aneurysma in d… Wand eines Magengeschwüres beo… achtete Dr. Douglas Powell: Ein Ma… welcher Lungenexkavationen und ein u… schriebenes Empyem der rechten Seite hat… wurde vor 3 Monaten in das Brompto… Spital gebracht. Am 17. Oktober warf … plötzlich eine grosse Menge Eiter aus, … Pleura füllte sich bald wieder und es trat… Zeichen von Peritonitis auf. Unter der B… handlung mit Opium etc. trat Besserung e… bis einige Tage später der Kranke plötzlich … durch den Mund eine reichliche Menge B… auswarf und wenige Minuten darauf verschied… Die Sektion ergab: Im Magen viel Blut; a… der kleinen Kurvatur, in der Mitte zwische… Pylorus und Kardia sass ein etwa guldens… grosses seichtes Geschwür, am Grunde d… selben war ein etwa erbsengrosses ovales e… borstenes Aneurysma, dasselbe kommunizier… mit einem Aste der Arteria gastrica. I… Duodenum wurde ein zweites Geschwür g… funden, dessen Basis der Leber adhärir… (Med. Times and Gaz., 1. Dez. 1877.) —

Die DD. Lechartier und Belam… fanden in der Leber eines an Typhus … storbenen 35jähr. Mannes 0.02 Grm. Zi… oxyd. Dasselbe Resultat ergab sich bei d… selben chemischen Behandlung der Leber ei… an Phthisis gestorbenen Individuums. Die… Thatsachen veranlassten sie, den Körper d… Hausthiere und der Pflanzen, welche … Nahrung dienen, auf ihren etwaigen Zink… gehalt zu untersuchen. Diese Untersuchung… ergaben für das Ochsenfleisch 0.03 Grm. Zink… oxyd auf 913 Grm. Muskel, für die Kalb… leber 0.03 auf 1050; für Hühnereier 0.02 a… 1052; ebenso wurde Zink in Korn, Haber u… Mais nachgewiesen; es wurde sichergestell… dass das gefundene Zink nicht von den Ap… paraten oder den angewendeten Reagentien … herstamme. (Gaz. méd. de Paris, 1… 10. Nov.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 5.

Erlangen, am 2. Februar 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Inhalt. Wirkung der Schwefelwässer in der latenten Syphilis. Ursachen der durch Kropf bedingten Beschwerden. Ueber die Kohlensäureausscheidung durch die Haut. Zur Lehre von den gefässerweiternden Nerven und den lokalen tonusregulirenden Apparaten. Ueber Chylurie. Die Vertheilung und Verästelung der Nervenstämme in der Hornhaut. Plastischer Ersatz der weiblichen Harnröhre.

Die Badeärzte in Schwefelbädern haben den Nachweis geliefert, dass nach dem Gebrauche von Schwefelwässern bei der sogenannten latenten Syphilis die Symptome der Krankheit wieder zum Vorscheine kommen — eine Thatsache, welche von anderen Fachmännern geleugnet wird. Dr. J. Edmund Güntz hat nun 600 geeignete Fälle ausgesucht und mit Schwefelwasser zum Theile in Verbindung mit der Einreibungskur behandelt. Hierbei hat er die Ueberzeugung gewonnen, dass namentlich in den Fällen, in welchen Quecksilberkuren vorausgegangen waren, der Einfluss der Schwefelwässer auf die Kranken und ganz besonders auf deren Quecksilbererscheinungen ein sehr wohlthätiger ist. Einestheils werden die Symptome einer akuten oder chronischen Quecksilbervergiftung gemildert und beseitigt, andererseits kommen die Symptome der bisher latent gewesenen Syphilis in unzweifelhafter Weise wieder zur Erscheinung. Diese Wirkung der Schwefelwässer erklärt Güntz dadurch, dass durch dieselben Quecksilber aus dem Körper ausgeschieden wird. Die Wege dieser Ausscheidung können nun eben so verschiedene sein wie diejenigen der Aufnahme des Quecksilbers in den Organismus. Hauptsächlich jedoch geschieht die Ausscheidung durch Speichel, Leber und Nieren. Der Nachweis von Quecksilber im Urine ist am schwierigsten; gelingt er jedoch, so ist jede im Körper liegende Fehlerquelle absolut auszuschliessen, da dem als Untersuchungsobjekt dienenden Harne sich innerhalb des Körpers von aussen kein Quecksilber beimischen kann. Im Harne ist Quecksilber während des Gebrauches von Schneider, Waller, Kussmaul, Gorup-Besanez etc. nachgewiesen worden. Nach Sektionsbefunden hat man z. B. in der Leber Quecksilber bis ein Jahr nach der letzten Quecksilber-Wirkung aufgefunden. Ueber die äussersten Zeitgränzen der Ausscheidung durch den Harn hat man bis jetzt noch keine bestimmte Kenntniss. Bei dem Lebenden ist der Nachweis im Urine viel schwieriger, vorzüglich nach den bisherigen Methoden. Trotz der unzweifelhaften Feinheit der Schneider'schen Methode war dieselbe doch nicht sicher. Erst die Methode Ludwig's in Wien bot die Möglichkeit, minimale Quantitäten Quecksilbers im Harne unzweideutig nachzuweisen. — Durch die nun folgenden Untersuchungen nach dieser Ludwig'schen Methode glaubt Güntz nunmehr in der Lage zu sein, den Nachweis zu führen, dass nach dem Gebrauche der Aachener Kaiserquelle im Harne Quecksilber nachgewiesen werden kann, wenn die Kranken früher einer Quecksilberkur sich unterzogen hatten, und wenn in der Zeit kurz vor der Anwendung der Schwefelwässer bei ihnen eine Quecksilber-Ausscheidung sich sicher nicht bemerken liess. Er folgert nämlich so: Wenn in den Analysen des Harnes vor der Anwendung des Schwefelwassers Quecksilber nicht nachgewiesen werden kann, nach Gebrauch derselben jedoch die

Untersuchung Quecksilber ergibt, so muss diese Wirkung, d. h. die Quecksilber-Ausscheidung, auf Rechnung der Schwefelwässer gesetzt werden. Durch die sehr genau und ausführlich mitgetheilten Untersuchungen und Harnanalysen mehrerer Fälle führt Vesfasser in der That den oben citirten Nachweis. Es erhellt aus diesen Untersuchungen, dass man in der sechsten Woche nach Aussetzen des Quecksiibers noch im Stande ist, Quecksilber-Ausscheidung nachzuweisen. In einem Falle trat diese Ausscheidung schon am zweiten Tage des Schwefelwassergebrauches, in einem anderen erst 14 Tage nachher auf, ohne jedoch konstant zu bleiben. Der Einwand einer zufälligen Koincidenz der beobachteten Thatsachen wird durch die Anzahl der Fälle zurückgewiesen. Die Untersuchungen ergaben ferner eine auffallend vermehrte Harnstoffausscheidung, welche regelmässig nach dem Gebrauche der Schwefelwässer und bei gleichzeitig gemischter Kost bei vermehrter Diurese konstatirt wurde. Mit der verminderten Darreichung der Schwefelwässer nimmt deutlich die Harnstoffmenge ab, die Verminderung der Diurese hält hiermit gleichen Schritt. Dass nicht vermehrtes Wassertrinken eine Vermehrung der Harnstoff-Ausscheidung bewirkt habe, geht aus dem Umstande hervor, dass in einem Falle, in welchem an einem bestimmten Tage eine Verminderung der Schwefelwasserzufuhr stattfand, doch eine auffällige Vermehrung des Harnstoffes über die Norm bei verminderter Diurese beobachtet wurde, ohne dass der Kranke mehr flüssige Nahrung zu sich nahm als sonst. Die reichliche Zufuhr nun von Schwefelwasser bewirkt eine rückbildende Metamorphose, beruhend nach Verf. Ansicht auf der sauerstoffentziehenden Eigenschaft der Schwefelwässer. Diese Entziehung des Sauerstoffes geschieht einestheils durch direkte Zufuhr von Schwefelwasserstoff, den man in den Ausscheidungen zum Theile gasförmig nachweisen kann, der aber als solcher nicht in der Blutbahn bestehen kann und daher Sauerstoff entzieht, andererseits in der verminderten Puls- und Athem-Frequenz. Die Entziehung von Sauerstoff nun bewirkt einen Zerfall der Eiweisskörper (Virchow). Die vermehrte Harnstoffausscheidung im Harne gibt einen Massstab für diesen Zerfall der Eiweisskörper ab, an welche sowohl der syphilitische „Stoff“ als auch das Quecksilber gebunden im Organismus vorkommt. Dieser Eiweisszerfall wird ferner durch die vermehrte Ausscheidung der Schwefelsäureverbindungen im Harne sowie durch das Gesetz, wonach bei Vermehrung der harnsauren Salze im Urine auch eine entsprechende Vermehrung der Phosphate beobachtet wird, bewiesen. Das sich ausscheidende Quecksilber ist im Harne in der Form von Schwefelsäureverbindungen (Doppelsalze) und als Jodverbindung, wenn letzteres eingeführt war, bekannt. Hierbei stammt der schwefelhaltige Theil der Quecksilberverbindung von den Proteïnkörpern und vielleicht auch von dem Schwefelwasserstoffe der eingeführten Schwefelwässer. Dass Ersteres behauptet werden kann, sehen wir bei Merkurkranken, bei denen sich Quecksilber ausscheidet und keine Schwefelwässer verabreicht sind. Bei akuter Quecksilberkrankheit findet eine vermehrte Ausscheidung der Schwefelverbindungen durch den Urin Statt. Alles dies beweist einen Zerfall der Eiweisskörper, der zum Theile auf die Wirkung der Schwefelwässer, zum Theile auf die Quecksilberwirkung zu beziehen ist. Eine Unterstützung der Theorie von dem Eiweisszerfalle findet sich ferner in dem Nachweise des konstanten Auftretens von Xanthin im Harne nach dem Gebrauche der Schwefelwässer (Dürr, Rermont). Als hervorragende Endprodukte des zerfallenen Eiweisskörpers treten uns der Harnstoff und schliesslich die Kohlensäure entgegen. Während man die vermehrte Kohlensäureausscheidung durch Lungen und Haut bei gleichzeitig vermehrter Harnstoffausscheidung nach einfachen kalten Bädern und vermehrtem Wassertrinken nachzuweisen vermag, so dass es auch hier auf einen vermehrten Eiweisszerfall hinauskommt, ist Günz in der Lage, die Kohlensäureausscheidung als das entsprechende Endprodukt des zerfallenen Eiweisses nach Schwefelwässern noch in anderer Weise zu beweisen. Während des Gebrauches der Schwefelwässer vollziehen sich nämlich in den syphilitischen Produkten mehr minder deutliche Veränderungen, die, klinisch als Verbesserung oder Verschlimmerung sich darstellend, als der Ausdruck wesentlicher Veränderungen des ganzen Stoffwechsels aufzufassen sind. Das bekannte Stadium einer fettigen Umwandlung, in seinen stärkeren Graden als fettiger Detritus zu erkennen, wird nach Verf. Ansicht durch die vermehrte Kohlensäurebildung bei dem eingeleiteten Eiweisszerfalle begünstigt. Die Kohlensäure geht nämlich hier zum Theile eine Umwandlung in Kohlenhydrate ein. Diese Erklärung, welche Verf. auf die klinische Beobachtung überträgt, steht mit den Erfahrungen der

pathologischen Anatomie sowohl als auch mit den Gesetzen der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels im Einklange. Jene opalinen Flecke im Munde, an Lippen und Zunge, jene Stadien des weisslich aussehenden Verfalles syphilitischer Plaques sind in fettiger Metamorphose begriffene syphilitische Neubildungen. Diese fettige Metamorphose wird namentlich begünstigt durch die Wirkung der Schwefelwässer, kann aber sicher auch durch andere therapeutische Einflüsse, z. B. durch Quecksilber, welches ebenfalls einen Eiweisszerfall schon klinisch und durch seinen Einfluss auf die vermehrte Harnstoffausscheidung auch physiologisch-chemisch erkennen lässt, hervorgerufen werden. — Zum Schlusse fügt Güntz aus den gewonnenen Untersuchungen folgende therapeutische Lehre an: Da er nachgewiesen hat, dass Quecksilber noch bis zur achten Woche und wahrscheinlich noch später im Urine nach Aufhören einer Merkurialtherapie aufzufinden ist, so ergibt sich die Regel, dass bei Eintritt der ersten Quecksilbersymptome, auch wenn die Syphiliserscheinungen nicht schwinden, mit der ferneren Darreichung von Quecksilber aufgehört werden muss, da, wenn das Quecksilber im einzelnen Falle überhaupt nützt und dem Körper schon eine beträchtliche Menge davon einverleibt worden ist, der weitere Erfolg von der Nachwirkung der nächsten Wochen und nicht von neuen grossen Dosen des Mittels zu erwarten ist. Wenn man sich von der Fortsetzung einer Merkurialbehandlung etwas versprechen will, so wird dies dann sein, wenn die Zeit verstrichen ist, nach welcher eine Quecksilberausscheidung nach therapeutischen Einflüssen nicht mehr erfolgt. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Wirkung des Quecksilbers günstiger ist, wenn man nach diesem ausgesprochenen Grundsatze handelt. Hierauf begründete Güntz für den Fall, wenn andere Behandlungsweisen nicht am Platze sind, schon vor Jahren die Empfehlung der Einreibungskur in Pausen und die Einverleibung möglichst kleiner Dosen des Quecksilbers. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syphilis, 1877, 3. Heft.) —

In v. Langenbeck's Archiv 22. Bd. unterzieht Prof. Rose die üblichen Erklärungen für die durch den Kropf bedingten Beschwerden einer Kritik, der wir Folgendes entnehmen: Die Ausdehnung der Halsvenen bei Struma schwindet nicht, wenn man bei einer Kropfoperation alle Weichtheile, welche einen Gegendruck üben könnten, namentlich die Muskulatur, eingeschnitten hat; sie beruht also nicht auf Stauung. Damit korrespondirt die Beobachtung, dass Kropfkranke nicht häufiger apoplektisch werden als andere. Es ist somit nicht eine venöse Stauung, welche die Beschwerden verursacht. Die Veränderungen der Lungen, welche sich bei grösseren Kröpfen allmählig entwickeln, Emphysem und Bronchektasie, können zur Motivirung der ganz plötzlichen Todesfälle auch nicht benützt werden; dasselbe gilt für die substernalen und ringförmigen Kröpfe, welche Rose, dem eine ungemein reiche Erfahrung zu Gebote steht, nie gesehen hat, die also ungemein selten sein müssen. Die Lähmung des Ramus recurrens nervi vagi hat besonders, wenn sie beiderseitig ist, sehr unangenehme Störungen zur Folge, verursacht aber keine plötzlichen Todesfälle, sondern führt, wie Traube's Thierversuche zeigen, zur Fremdkörperpneumonie; dass sie plötzlich, durch Erstickung tödten könne, ist noch zu beweisen. Die Verengerung der Trachea durch Druck von Seiten des Kropfes, wobei sie im Querschnitte die Form einer Säbelscheide bekommt, soll durch plötzliche Zunahme der durch Druck bedingten Verengerung oder durch akute Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut gleichfalls den plötzlichen Tod verursachen können, doch meint Verf., auch diese Erklärung sei nicht stichhaltig, denn die genannten Veränderungen fehlten in den Fällen, in welchen er bei Struma-Operationen unmittelbar nach Eintritt der Asphyxie die Luftröhre eröffnete. Die ganz engen säbelscheidenförmigen Luftkanäle, welche durch ihre Lage den Tod motiviren könnten, sind durch Behandlung mit starkem Alkohol oder durch Eintrocknen gewonnene Kunstprodukte. Die seitlichen Deviationen der Luftröhre machen meist nur anfangs Beschwerden, die aber bald durch Gewöhnung schwinden. — Die eigentliche Ursache des Todes liegt nach Rose in einer Erweichung der Luftröhre, bedingt durch fettige Degeneration und Atrophie der Knorpelhalbringe an den Stellen, welche dem Druck der Kropfknoten am meisten ausgesetzt sind. Um dies schlagend zu demonstriren, empfiehlt Rose folgendes Experiment: Man nehme einen normalen Kehlkopf und eine normale Luftröhre im Zusammenhange aus der Leiche, halte dann das Gebilde nur am Kehlkopfe und zwar so, dass die Luftröhre senkrecht

nach oben gerichtet ist; diese bleibt dann entweder gerade stehen oder biegt sich leicht bogenförmig nach einer Seite. Anders bei einer durch Struma erweichten Luftröhre; eine solche knickt sich um, wie ein dickes weiches Kautschukrohr sich knicken lässt, und wird an der Knickungsstelle vollkommen undurchgängig, auch wenn vorher keine Verengerung, überhaupt keine Formveränderung der Luftröhre bestanden hat. Dass die Beschwerden dieser Erweichung der Luftröhre so ausserordentlich wechselvolle sind, liegt in mehreren Umständen. Geringe oder gar keine Beschwerden bestehen, wenn sich die Veränderung sehr langsam entwickelt, wenn der Kranke sich gewöhnt hat, nur eine solche Kopfhaltung einzunehmen, bei welcher das Einknicken nicht stattfindet, und endlich, wenn der Kropf die atrophische Stelle nach oben und unten überragt, so dass er eine Art von Schiene für die Luftröhre bildet. Die Gefahr des Erstickens wird jedoch imminent, wenn plötzlich der Druck des Kropfes an der weichen Stelle stärker wird (z. B. bei Krebsentwicklung, oder wenn man mit der Hand drückt), dann ferner, wenn die unwillkürliche feste Kopfhaltung, welche freies Athmen ermöglicht, nicht mehr eingehalten wird (z. B. in einer Ohnmacht, in der Narkose) und endlich kann durch die Kropfheilung diese Gefahr heraufbeschworen werden. Macht man parenchymatöse Jodeinspritzungen nach Luton bei Erwachsenen, so schrumpft der Kropf, ohne dass die Erweichung der Luftröhre sich besserte. Die Fixirung dieser letzteren durch den Kropf (nach Art einer Schiene) kann dadurch mangelhaft werden. Ueberdies wird der Kropf bei seiner Verkleinerung auch gleichzeitig härter, drückt stärker und kann so zu einer weiteren Ausdehnung der Erweichung Anlass geben. Dasselbe kann bei Kysten stattfinden. Daher die Erfahrung, dass nicht die ganz grossen, sondern die kleinen harten, die regressiven Kröpfe die gefährlicheren sind. — Bei der totalen Kropfexstirpation verliert die Luftröhre plötzlich allen Halt und dies ist zusammen mit der Muskelerschlaffung durch die Narkose die Ursache der Erstickungsgefahr bei der Operation. Noch ein anderer Umstand kommt hier in Betracht. Eine Folge der Verengerung wie der Erweichung der Luftröhre ist eine forcirte Athem-Mechanik; bei der Erweichung findet keine Luftstauung statt, doch hat die gewaltsame Inspiration eine beträchtliche Blutaspiration gegen den Thorax zur Folge und aus den grösseren Ansprüchen an die Venen, namentlich des Halses und Gesichtes, erklärt Verf. die Venenerweiterung. Als Beweis dafür theilt er die Thatsache mit, dass bei Struma-Operationen in dem Momente, in welchem man in die erweichte Luftröhre die Kanüle einführt, mit dem Eintritte der Athemberuhigung auch die Venen kollabiren. — Die weitere Folge der forcirten Einathmung und der Blutaspiration ist die Erweiterung und Verfettung des rechten Herzens, besonders des Vorhofes, und diese Verfettung ist wahrscheinlich der Grund, dass die Asphyxieen bei Kropfexstirpationen stets tödtlich waren, auch wenn die Abknickung der Luftröhre nur vorübergehend war und augenblicklich die Luftröhre eröffnet und künstliche Respiration eingeleitet wurde. — Es ist wahrscheinlich, dass die eiterige Mediastinitis, welche nach Kropfexstirpation ohne Tracheotomie öfter die Todesursache bildet, auch die Folge der forcirten Inspiration ist, indem dabei Eiter in's Mediastinum aspirirt wird. Dieses und die Gefahr, welche die Luftröhrenerweichung bedingt, erfordern, dass man bei jeder totalen Kropfexstirpation die Tracheotomie mache. Es ist wahrscheinlich, dass die Luftröhre nachträglich wieder hart wird, man muss deshalb darauf bedacht sein, dass dieses Hartwerden nicht eine bleibende Verengerung zur Folge habe, und man thut am besten, die Tracheotomie an der Stelle zu machen, wo die Luftröhre von den Seiten her am meisten zusammengedrückt ist. Dazu ist es nothwendig, den Kropf von unten her zu „schlitzen", d. h. die Verbindung der beiden Seitenlappen unter einander zu trennen, was ohne beträchtliche Blutung gelingt. Die Kanüle bleibt dann liegen, bis Alles fest vernarbt ist. — Die Vorbereitung zur Operation besteht im Auflegen von Eisblasen auf den Hals, dann im Verabreichen eines Purgans bei flüssiger Nahrung, um durch einige Tage nach der Operation jede Stuhlentleerung zu verhindern, was wegen der Gefahr der Nachblutung beim Pressen wichtig ist. Zur Operation selbst wird der Kranke in der Stellung, welche ihm das Athmen am meisten erleichtert, chloroformirt und sorgfältig in dieser Stellung erhalten. Der Hautschnitt wird bei medianer Lage der Luftröhre T-förmig, sonst V-förmig und reichlich gross gemacht; beim Abpräpariren der Lappen nimmt man möglichst alle die Strumakapsel bedeckenden Weichtheile mit. Nun sucht man von unten her die nicht immer median gelegene Vereinigungs-

linie der beiden Lappen und trennt diese mit der Hohlsonde, was unter geringer Blutung möglich ist. Dann wird der Luftröhrenschnitt gemacht und eine lange Kanüle eingelegt; jetzt lagert man ohne Gefahr den Kranken mit dem Nacken über eine Rolle, so dass die Luftröhrenwunde möglichst hoch zu liegen kommt und man das Einfliessen von Blut leichter verhindern kann, und nun erst beginnt die Exstirpation. Dabei, wie auch schon bei der Ablösung der Lappen, wird nicht geschnitten und nicht gerissen, sondern geduldig Gefäss um Gefäss isolirt und doppelt unterbunden und dann erst durchtrennt, überhaupt jede Blutung sorgfältig gestillt. Die Abtrennung des Isthmus thyreoideae lässt man bis zuletzt. — Rose legte auf diese Art bei einer Operation bis zu 200 Ligaturen an. Die Wunde wird möglichst offen behandelt. Die heraushängenden Fäden sichern den Sekretabfluss. — Dieser Arbeit sind im Originale noch 10 Krankheitsgeschichten beigefügt, welche eine treffliche Illustration des Gesagten abgeben. —

Im Arch. per le scienze med. I. 2. p. 175 bis 205, 1877, veröffentlichen die DD. S. Fubini und J. Ronchi experimentelle Untersuchungen über die Kohlensäureausscheidung durch die Haut. Ihre Versuche, bei verschiedenem Luftdrucke ausgeführt, welcher zwischen 727 und 742 Mm. schwankte, lieferten einander ganz widersprechende Ergebnisse. Zahlreiche Versuche wurden in der Absicht unternommen, die zuerst von Moleschott gefundene Thatsache zu erhärten, dass die Kohlensäureaushauchung unter dem Einflusse des hellen Tageslichtes zunimmt. Diese Versuche erfolgten immer eine bis drei Stunden nach eingenommener Mahlzeit, weil dann überhaupt mehr Kohlensäure austritt. Bei den Helligkeitsversuchen wurde die in den Glasbehälter eingeführte Extremität vor dem Versuche erst am Fenster in mässige Helligkeit versetzt, die Dunkelheitsversuche dagegen wurden im möglichst verfinsterten Raume ausgeführt. Die 33 Dunkelheitsversuche und die 43 Helligkeitsversuche ergeben für 24 Stunden einen Mittelwerth von 358.1 und von 406.8 Mgrm. Kohlensäure, also ein Verhältniss wie 100:113. Ferner ergab sich, dass während der Verdauung, 1—3 Stunden nach eingenommener Mahlzeit, mehr Kohlensäure durch die Haut ausgehaucht wird als bei leerem Magen, wenn während 15—18 Stunden keine Nahrung aufgenommen worden war. Für 51 bei leerem Magen unternommene Versuche ergab sich der auf 24 Stunden berechnete Mittelwerth gleich 333.4 Mgrm., für 76 während der Verdauung angestellte Versuche dagegen war der Mittelwerth 375.7 Mgrm. Die Kohlensäuremenge verhält sich also in beiderlei Zuständen wie 100:112. — Ein Anwachsen der Kohlensäureaushauchung bei höheren Temperaturgraden ist bereits von Gerlach, Aubert und Röhrig beobachtet worden. Ihre auf diesen Punkt bezüglichen Versuche haben die Verfasser in zwei Tabellen zusammengestellt, je nachdem sie bei leerem Magen oder während der Verdauung stattfanden. Jede Tabelle umfasst aber wieder drei Abstufungen der Temperatur, für welche sich folgende auf 24 Stunden berechnete Mittelwerthe herausstellen:

Leerer Magen:

a) 16—20° C. (24 Versuche) = 191.8 Mgrm.
b) 20—24° C. (13 Versuche) = 309.3 „
c) 24—30° C. (14 Versuche) = 598.7 „

Während der Verdauung:

a) 16—20° C. (17 Versuche) = 241.0 Mgrm.
b) 20—24° C. (38 Versuche) = 321.5 „
c) 24—30° C. (21 Versuche) = 618.8 „

Da ferner durch verschiedene Beobachter dargethan ist, dass bei Fleischnahrung weniger Kohlensäure durch die Lungen ausgeschieden wird als bei vegetabilischer Kost, so erschien es angemessen, auch den Kohlensäuregehalt der Hautausdünstung bei verschiedenartiger Lebensweise zu untersuchen. Die Versuchsperson (Dr. Fubini genoss zu diesem Ende an acht auf einander folgenden Tagen lediglich vegetabilische Kost und während dieser Zeit wurden 13 Versuche ausgeführt, an den drei ersten je zwei und an den fünf letzten Tagen je einer. Dann wurde an 13 aufeinanderfolgenden Tagen bloss animalische Kost genossen und an jedem Tage wurde ein Versuch ausgeführt. Beide Versuchsreihen fielen gleichmässig in die heisse Jahreszeit. Auf 24 Stunden berechnet wurden nun bei vegetabilischer Kost im Mittel 842.5 Mgrm. Kohlensäure ausgeschieden, bei animalischer Kost dagegen nur 723.8 Mgrm. — Schliesslich benützen die Verf. ihre Versuche noch dazu, um zu berechnen, wie viel Kohlensäure im Mittel innerhalb 24 Stunden durch die gesammte Körperoberfläche ausgeschieden wird, wobei von der Voraussetzung ausgegangen wird, dass diese Ausscheidung für jeden □-Centimeter der Körperoberfläche

ganz gleichwerthig ist. Durch besonders ausgeführte Messungen der einzelnen Körperregionen wurde die gesammte Körperoberfläche der Versuchsperson auf 1.606 □-Meter berechnet und davon kamen 0.099 □-Meter auf einen Vorderarm mit der Hand, welcher zu den Versuchen gedient hatte. Letztere entsprechen also ziemlich genau einem Sechszehntel der Gesammtfläche. Nun ergibt sich aus den gesammten Versuchen, die bei hellem Lichte und in der Dunkelheit, bei verschiedenen Temperaturen, bei leerem Magen und während der Verdauung, bei vegetabilischer Kost und bei animalischer Kost ausgeführt wurden, dass ein Vorderarm mit der Hand im Mittel binnen 24 Stunden 425 Mgrm. Kohlensäure ausscheidet, es würden mithin durch die gesammte Haut 6.8 Grm. Kohlensäure für den Tag ausgeschieden werden. —

Die DD. E. Gergens und E. Werber berichten über eine Reihe von im physiologischen Laboratorium zu Strassburg ausgeführten Versuchen, durch welche sie die von Dr. Goldstein zu Aachen schon mehrfach erwähnte Lehre von den gefässerweiternden Nerven und den lokalen tonusregulirenden Apparaten nach Goltz zu stützen versuchen. Bei einem Frosche, welchem von einer Schädelöffnung aus das ganze Mark oder von einer Schnittwunde am Brust- und Halstheile der Wirbelsäule die darunter gelegenen Theile des Rückenmarkes zerstört wurden, trat eine starke Erweiterung der Gefässe der unter dem Mikroskope betrachteten Schwimmhaut auf. Wurde das Thier aufgehangen, so bildete sich schnell Oedem der am tiefsten hängenden Körpertheile; das Herz desselben pumpte zwar, aber leer, d. h. man sah nicht, wie sonst beim unverletzten Thiere, nach Ligatur des Bulbus aortae, bei jeder Systole eine Blutsäule in der Vena cava superior aufsteigen. Diese Erscheinungen erklären sich offenbar aus dem Verluste des Gefässtonus. Legt man aber den verletzten Frosch sofort in frisches Wasser, so findet man ihn nach 24 Stunden meist noch lebend, das Herz in höherem Grade gefüllt, kurz das Thier hat sich von dem schweren Eingriffe vorübergehend erholt. Wenn als Massstab die Blutsäule in der Vena cava superior nach Unterbindung des Bulbus aortae genommen wird, so hat jetzt den besten Tonus das Thier, dem vor 24 Stunden Brust- und Rücken-Mark zerstört wurde, dann folgt dasjenige, dem vor 24 Stunden das ganze Mark vom Schädel aus ausgebohrt wurde, drittens das, dem vor Kurzem nur das Rückenmark, viertens das, dem vor 24 Stunden Brust- und Lenden-Mark und dann das Hals-Mark, und endlich fünftens jenes Thier, dem soeben Alles ausgebohrt worden ist. Es gelang ferner den Verfassern — und dies spricht in hohem Maasse für einen gewissen Grad von Unabhängigkeit des Tonus vom Marke — bei einigen Thieren, denen das ganze Mark zerstört war, 5 bis 7 Tage lang den Schwimmhautkreislauf zu unterhalten, welcher dann in den ersten Tagen vom normalen wenig verschieden war und unter langsamer Erweiterung der Gefässlumina später zu Grunde ging. Ohne natürlich die hohe Bedeutung des Centralorganes für den normalen Tonus zu leugnen, glauben die Verfasser doch zu der Annahme berechtigt zu sein, dass ausser jenem noch eine lokale Kraft vorhanden sein muss, welche zur Erhaltung des Tonus mit-thätig ist und unter Umständen auf einige Zeit die ganze Leistung übernimmt. Beobachtungen der Schwimmhaut vermittelst eines Okular-Mikrometers an rückmarkslosen Fröschen ergaben, dass vollständige Gefäss-Kontraktionen nach diesem Eingriffe noch möglich sind, nur vermochten die Verff. noch nicht die Bedingungen zu eruiren, von welchen dieselben abhängig sind. — Weiter beobachteten sie bei einem Frosche, welchem Tags zuvor das Mark zerstört worden war und der einen trägen Kreislauf zeigte, wenn sie mit einer dicken Sonde die etwa noch vorhandenen Reste des Markes vollständig zerstörten, eine Beschleunigung des Kreislaufes. Dieselbe war aber bedingt durch eine Erweiterung der Gefässbahnen, so dass wohl ein mechanisches Wegschwemmen von allenfalls die Kapillaren erfüllenden Thromben stattgefunden haben muss. Es zeigte dieser Versuch, dass vor der Nachbohrung eine maximale Erweiterung, mithin eine Tonuslosigkeit der Gefässe noch nicht vorhanden war. Ferner zeigte sich eine Beschleunigung des Kreislaufes an kurarisirten Fröschen bei Reizung des durchschnittenen Ischiadicus mit Erweiterung der Gefässe, ohne dass eine Verengerung derselben vorhergegangen war. Dasselbe Resultat ergab sich bei Fröschen, welchen der Wirbelkanal ausgebohrt war, wiewohl hier die Zahl der gelungenen Versuche nur eine geringe war wegen der unzureichenden Wirkung des Kurare bei marklosen Thieren. Die anfänglich eintretende Verengerung oder verzögerte Erwei-

terung der Gefässe ist nach den Verfassern eher dem Tetanus als dem Einflusse der vasomotorischen Nerven zuzuschreiben. — Es existirt somit ein Tonus der Gefässe bei Thieren, die des gesammten Centralnervensystemes und damit auch jedes von dort kommenden tonusregulirenden Einflusses entbehren. Dass diese örtlichen nervösen Apparate nicht allein den Tonus des gesammten Gefässgebietes auf die Dauer reguliren können, leuchtet ein; da ja überhaupt im thierischen Körper eine so wichtige Funktion niemals von einem einzigen Faktor abhängig ist, so wird auch der normale Gefässtonus immer von zwei Seiten beeinflusst sein, von centralen und von lokalen Ganglien. (Arch. f. d. gesammt. Physiol., XIII, 1, p. 44 ff.)

Dr. Ralfe sprach in der pathologischen Gesellschaft zu London über einen Fall von Chylurie und zeigte eine Probe des Harnes. Der 37jährige Kranke, auf Barbados geboren, hatte lange Jahre an Malaria gelitten, war dann während eines 6jährigen Aufenthaltes in New-York davon frei, bei der Rückkehr nach Barbados aber wieder davon befallen worden. Kurz zuvor hatte der Patient, wie er es bezeichnete, eine „Hämorrhagie aus den Nieren" gehabt, die in späterer Zeit noch zwei Mal wiederkehrte. Am 13. Okt. 1877 kam er nach London, drei Tage darauf hatte er wiederum eine „Hämorrhagie aus den Nieren", ausserdem dyspeptische Beschwerden, die aber mit dem Nierenleiden keinen Zusammenhang hatten. Der während dieser Nierenattaque entleerte Harn war milchartig in Farbe, frei von dem spezifischen Harngeruche, alkalisch, und liess nach einigen Stunden auf dem Boden des Gefässes ein dünnes Blutkoagulum sedimentiren, während auf der Oberfläche ein anderes dünnes Koagulum sich bildete. Die chemische Untersuchung des Harnes ergab: Wasser 94.38%, feste Bestandtheile 5.65%; letztere bestanden aus Albumen (1.45%), Fett (0.78%), Extraktivstoffen (1.88%) und Salzen (1.02%). Die albuminösen Stoffe bestanden aus einer geringen Menge Serumalbumin, Fibrin und einem Albumin, welches nicht durch Erhitzung, wohl aber durch Essigsäure gefällt wurde. Die Extraktivstoffe bestanden vorzugsweise aus Harnstoff, auch Spuren von Zucker wurden gefunden, die Salze vorwiegend aus Kalk- und Magnesia-Phosphat. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich zahlreiche rothe Blutkörperchen, einige stark lichtbrechende Protoplasmakörperchen, eine Masse von Körperchen aus Epitelien, aus welchen Fetttröpfchen heraustraten, und endlich einige lange spiessartige granulirte Körper, von der Breite etwa der rothen Blutkörperchen, die nach Ansicht Ralfe's möglicherweise veränderte Exemplare von Filaria sanguinis waren. — In der diesem Vortrage folgenden Debatte bemerkte Dickinson, dass er einen Fall von Chylurie gegenwärtig in Behandlung habe. Bei wiederholter Untersuchung des Harnes und Blutes habe er nie Filiaria gefunden; Ralfe's Fall habe in mancher Beziehung Aehnlichkeit mit intermittirender Nierenblutung. — Morison bemerkt, dass er gegenwärtig ebenfalls einen Fall von Chylurie beobachte (56jährige Frau), er habe ebenfalls keine Filaria im Harne gefunden; derselbe enthalte stets etwas Zucker; durch Aether lasse sich das Fett ausziehen und bei der Verdunstung krystallisiren margarinähnliche Krystalle heraus. — B. Hill erwähnt eines vor mehreren Jahren demonstrirten Falles von Chylurie, ebenfalls ohne Filaria. Auf Vorschlag des Vorsitzenden Murchison werden die Harne der drei hier erwähnten Fälle dem Chemikal-Komité zur weiteren Untersuchung übergeben werden. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 1.) —

Dr. L. Koenigstein beschreibt nach Goldpräparaten die Vertheilung und Verästelung der Nervenstämme in der Hornhaut des Menschen und verschiedener Säugethiere, Vögel, Reptilien, Amphibien und Fische. Seine Darstellung weicht von denen seiner zahlreichen Vorgänger wesentlich nur in einem besonderen Punkte ab. Während nämlich die früheren Autoren die letzten feinen Nervenfasern alle aus der successiven Theilung stärkerer Primitivfasern hervorgehen lassen, macht Verf. auf die bei den stärksten Vergrösserungen leicht zu konstatirende Thatsache aufmerksam, dass schon in den aus der Sklera in die Kornea übertretenden Bündeln Fasern von sehr verschiedener Dicke enthalten sind und schon so dünne, dass nicht mit Sicherheit zu entscheiden ist, ob sie wesentlich dicker sind als die feinsten Fasern der Endverzweigungen. Ja, diese feinsten Fasern treten nicht erst am Hornhautrande auf, sondern lassen sich bis in die Stämme der Ciliarnerven und die Wurzel des Nervus trigeminus, also sehr weit gegen das Centrum hin, verfolgen. Es muss daher angenommen werden,

dass von den die Endverzweigung der Hornhautnerven bildenden feinsten Fasern nur ein Theil aus der successiven Verästelung stärkerer Primitivfasern hervorgeht, während ein anderer Theil nicht durch Verästelung entsteht, sondern in feinstem Kaliber schon aus dem Centralorgane hervorgeht. — Die Blutgefässe der menschlichen Hornhaut begleiten die Nervenbündel und liegen daher in einer tieferen Schichte als das sogenannte Randschlingennetz. Sie laufen in den Nervenbündeln entweder als einfache Schlingen mit oder sie zeigen mitunter auch Queranastomosen. Ein Geflecht oder eine Verästelung über die Nervenbündel hinaus erfolgt nicht. Bei vielen Thieren, besonders beim Rinde und Schafe, fallen die Gefässschlingen besser in das Auge, weil die Nervenbündel breit sind, während sie beim Menschen schmal sind und im Zusammenhange damit sich die Kapillaren nur in geringer Ausdehnung entwickeln. Bei diesen Thieren treten mit jedem Nervenbündel eine oder zwei Schlingen ein und reichen weiter gegen das Centrum, ja oft bis in das Centrum selbst. In ähnlicher Weise verhält es sich bei Katze und Hund; beim Kaninchen konnte Koenigstein keine die Nervenstämmchen begleitenden Kapillarschlingen nachweisen. Ebensowenig bei Amphibien; bei Fröschen und Kröten reichen die Kapillarschlingen mit ihren flachen Bögen kaum über den Pigmentsaum, der die Hornhaut umgibt, hinaus. Beim Karpfen und Hechte reichen die Gefässschlingen am weitesten in die Hornhaut hinein und bilden einfache Schlingen. Bei Schlangen sind die Gefässe in grosser Anzahl und Mächtigkeit vorhanden. (Wiener akad. Sitzungsberichte, 1877.)

Die seltene Operation des plastischen Ersatzes der weiblichen Harnröhre führte Prof. Dr. Edmund Rose im Jahre 1873 bei einer 41jährigen Patientin aus, welche wegen einer Blasenscheidenfistel bereits 1865 von Breslau und Billroth mit der queren Obliteration behandelt worden war, bei welcher aber dann durch Diphtherie fast die ganze untere Wand der Harnröhre sammt der queren Scheidewand verloren gegangen war. Verfasser selbst hatte hierauf 1869 eine Urethroplastik versucht, welche im Wesentlichen in einer Längsobliteration bestand. Der Erfolg der Operation war damals, dass die Kranke wenigstens im Liegen den Urin halten konnte und auch behauptete, im Stehen den Urin eine Stunde lang halten zu können, allein bald nach ihrer Entlassung gab die Längsobliteration nach und bei der Aufnahme der Patientin in das Züricher Cantons-Spital im Jahre 1873 war dieselbe wieder in trostlosem Zustande. „Einen Finger hätte man durch die Harnröhre einführen können!“ Da die Grösse des Substanzverlustes und die Ausdehnung der Narbensubstanz keinen plastischen Ersatz von der Scheide her erlaubten, so unternahm Rose am 19. Dezember 1873 eine neue Operation, welche er als „Obliteratio vulvae rectalis“ bezeichnete und deren erster Act die Anlegung einer fistulösen Kommunikation zwischen Scheide und Mastdarm oberhalb des Sphincter internus war. Dann wurden die grossen Schamlippen an den einander zugekehrten Flächen angefrischt, soweit sie sich bei geschlossenen Knieen berührten, um sie wasserdicht zu vereinigen. Zu letzterem Behufe legte Verf. 8 Keulennähte und 18 gewöhnliche, theils tiefe, theils oberflächliche Nähte an. Die Patientin, welche erst in Steinschnittlage, dann aber vom 2. Tage an auf die Seite gelagert und permanent vom Mastdarme aus katheterisirt wurde, zeigte nur geringe Reaktion und fast vollständige Heilung durch erste Vereinigung. Nur der unterste Theil der Wunde und einige Stichkanälchen eiterten, und obschon die Patientin bereits am 22. Januar 1874 den Urin 2—3 Stunden lange halten konnte, so erforderten doch die aus jenen Eiterungen hervorgegangenen Fisteln zwei mühevolle Nachoperationen, bis sie gegen Ende August völlig heilten. Leider sollte dieses schöne Resultat nicht lange bestehen bleiben; bereits am 8. September erlag die Patientin akuten urämischen Anfällen, nachdem sie schon in früherer Zeit ab und zu Symptome ernster Nierenerkrankung gezeigt hatte. Auch die Sektion ergab, dass der Tod an Urämie nicht erst von der letzten Operation herzuleiten war, indem sich bereits ältere Pyelonephritis vorfand. Da aber Scheide, Blase und Darmkanal keine Spur von Geschwürsbildung oder Belag darboten, so ist Rose überzeugt, dass seine „Obliteratio vulvae rectalis“ nichts mit dem tödtlichen Ausgange zu thun hat, im Gegentheile diese Operation auf die Dauer sehr wohl mit dem Leben der Kranken verträglich ist. (Vorgetragen und demonstrirt auf der jüngsten Naturforscher-versammlung zu München am 19. Sept. 1877.

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 6.

Erlangen, am 9. Februar 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Karbolsäureinjektionen zur Heilung von Ganglien. Zur Radikaloperation der Hernien. Warzenzellenerkrankungen in der Ohrenheilkunde und Nekrose der Pars mastoidea. Ueber chronische interstitielle Nephritis. Ueber krupöse Ohrenentzündung. Placentare Untersuchungsresultate. Ergebnisse aus Untersuchungen zur Erzeugung miliarer Inhalationspneumonieen. Gallenfarbstoff im Speichel Ikterischer. Schädlicher Einfluss des Alkoholmissbrauches der Amme auf das Kind. Zur Physiologie der Harnsekretion. Ueber das Leben der Bakterien in Gasen. Ursache des Todes in Folge intensiver Verbrennungen. Nachtheil der Salicylsäure als Zahnmittel.

Seitdem im Jahre 1874 C. Hueter die parenchymatösen Karbolsäureinjektionen für die chirurgische Praxis warm empfohlen hatte, hat Dr. Alfred Bidder zu Mannheim dieselben viele hundert Male ausgeführt und sie namentlich bei Gelenkneuralgieen und bei in der Entstehung begriffenen Furunkeln mit vielem Nutzen verwendet; besonders in einem Falle, zu welchem er zeitig genug gerufen wurde, gelang es ihm, einen Furunkel im Keime vollständig zu ersticken. Hierüber und über die erzielten Erfolge und Nichterfolge bei verschiedenen anderen Krankheitsgruppen gedenkt er bei anderer Gelegenheit Genaueres mittheilen zu können, während er diesmal nur Einiges über die Anwendung der Injektionen zur Heilung von Ganglien sagt, bei welchen die Karbollösung, nach einer bestimmten Methode angewendet, recht sicher zu wirken scheine. Anfangs experimentirte Verf. an alten Ganglien mit schon zähflüssigem Inhalte und festem Balge, welche sich durch Händekraft nicht zerdrücken liessen und bei denen dann die anderen bisher üblichen Gewaltmittel indizirt gewesen wären. Er machte den Versuch so, dass er das Ganglion einfach mit der Pravaz'schen Nadel anstach und eine halbe oder eine ganze Spritze zweiprozentiger Karbollösung injizirte. Der gewünschte Erfolg blieb aus, die Ganglien schwanden nicht. — Da kam er dann auf das folgende, etwas modifizirte Verfahren: Zunächst wird mit 2—3 proz. Karbollösung eine Pravaz'sche Spritze gefüllt, welche zuvor mit einer Nadel armirt worden ist, deren Spitze etwas verbreitert, lanzenförmig ist und scharfgeschliffene schneidende Seitenränder hat. Nach Erhebung einer kleinen Hautfalte wird die Nadel eingestochen und nahe an der Kapsel des Ganglion eine kleine Strecke weit hingeschoben. Jetzt stellt man das Ende der Nadel auf die schneidende Kante, drückt dieselbe auf die Kapsel und zieht unter mässigem Drucke die Nadel etwas zurück; dabei schneidet die lanzenförmige Nadelspitze die Kapselwand durch und gelangt durch den so gebildeten Schlitz in das Ganglion. Während sie nunmehr ruhig mit der rechten, die ganze Spritze haltenden Hand fixirt wird, drückt man mit dem linken Daumen und Zeigefinger neben ihr auf das Ganglion, dessen Inhalt sich auf diese Weise durch den Schlitz leicht in das umgebende Gewebe entleeren lässt. Erst nachdem dies geschehen ist, drückt man mit der rechten Hand den Stempel der Spritze hinunter und injizirt so in den entleerten Tumor die Karbollösung. Darauf wird die Nadel mit der Spritze herausgezogen. Die ganze Prozedur ist bei einiger Geschicklichkeit schneller gemacht als beschrieben. Gleich nach der Operation legt man einen kleinen Wattebausch auf, fixirt ihn mit einer Binde und lässt die Extremität einige Tage hindurch schonen. Eine nennenswerthe Reaktion konnte Bidder nicht bemerken. Die Heilung erfolgte meist schnell; ein Recidiv trat nur ein Mal auf, in welchem Falle Verfasser den Kapselschlitz etwas zu

klein gemacht hatte; doch scheint der kleine recidive Tumor spontan allmählig immer mehr zu schrumpfen. — Dieses Verfahren wurde von Bidder in sechs Fällen, in welchen die Ganglien an der Rückenfläche des Handgelenkes sassen, und in einem Falle von Ganglion neben der Sehne des Musculus semitendinosus in der Kniekehle gerade gegenüber dem Condylus internus von Tibia und Femur angewendet. Einige von diesen Ganglien waren frisch entstanden, die Verfasser bereits mehrere Male leicht mit der Hand zerdrückt hatte, die aber immer wieder recidivirten und erst dann definitiv heilten, nachdem sie in der oben beschriebenen Weise behandelt worden waren. Wenn diese Methode auch nicht in jedem Falle und nicht gleich zum ersten Male radikale Heilung bringen wird, so empfiehlt sie sich doch wegen ihrer Einfachheit, ihrer geringen Schmerzhaftigkeit und gänzlichen Ungefährlichkeit. Vielleicht wäre sie auch bei kleinen Sehnenscheidenhygromen, welche noch keine Reiskörper enthalten, mit Nutzen anwendbar. (Centralbl. f. Chirurgie, 1877, Nr. 52.) —

In der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“ 1877, Nr. 38 u. 39, berichtet O. Riesel über sieben unter antiseptischen Kautelen ausgeführte Radikaloperationen bei Hernien, von denen sechs bei äusseren und eine bei innerem Leistenbruche unternommen wurden. Von der Erfahrung geleitet, dass seröse Flächen schon bei geringen Reizen verhältnissmässig feste Verwachsungen eingehen, verfuhr er zunächst so, dass der freigelegte Bruchsack uneröffnet in den Leistenkanal eingestülpt und in seiner neuen Lage durch einige Darmsaiten-Nähte festgehalten wurde. Indess ergab die Sektion eines fünf Monate später einem inneren Leiden erlegenen Operirten, dass der Verschluss bereits wieder nachzugeben begonnen hatte. Desshalb wurde in den nächsten Fällen der Bruchsackhals mit einem nicht zu fest angezogenen Katgutfaden umschnürt oder durchstochen und nach beiden Seiten unterbunden, aber nicht abgetragen, weil Riesel dem Bruchsacke eine gewisse Wichtigkeit für den Verschluss des Leistenkanals beilegt. In den letzten Fällen endlich wurde der Leistenkanal gespalten, um die Ligatur mit voller Sicherheit in der Ebene des Bauchfelles anbringen zu können, darauf die beiden Schenkel des Leistenkanals wund gemacht und durch tiefgreifende versenkte Nähte aus desinfizirter Seide soweit vernäht, dass nur eben Platz für den Durchtritt des Samenstranges blieb. Die Haut darüber verschloss eine zweite Reihe von Nähten. Der unmittelbare Erfolg war in allen Fällen ausserordentlich befriedigend, doch fehlt noch die spätere Kontrole des Befundes. Gelegentlich wird auch bei Herniotomieen unbeabsichtigt eine Radikalheilung erreicht; die spärlichen Notizen darüber in der Literatur bereichert Riesel durch Mittheilung einer einschlägigen Beobachtung. — Hieran reihen wir das von Dr. Max Schede im Centralblatt f. Chirurgie, 1877, Nr. 44, besprochene Material von acht Radikaloperationen von Unterleibsbrüchen, welches sich durch eine grosse Mannichfaltigkeit auszeichnet. Es handelt sich nämlich zwei Mal um innere, drei Mal um äussere Leistenbrüche (unter welchen auch ein angeborener Bruch), ferner zwei Mal um Schenkelbrüche und ein Mal um einen Bauchbruch. Die Indikationen für die Operation waren fünf Mal Inkarzeration und drei Mal gestörte Arbeitsfähigkeit. Die Operationsmethode bestand, wo es anging, in Umschnürung des Bruchsackhalses mit einem Katgutfaden und Abtragung des Bruchsackes; darauf Verschluss der Wunde durch die Naht, meistens mit Einlegung eines Gummi- oder Katgut-Drains. Die Wirksamkeit der Methode konnte man an einem auf der inneren Abtheilung gestorbenen Operirten durch die Sektion nachweisen. In drei Fällen musste indessen die Methode geändert werden. In dem ersten derselben wurde bei schon vorhandener Gangrän des eingeklemmten Netzes dieses abgetragen, der Bruchsack weit gespalten, ein Drain in die Bruchhöhle gelegt und unter zuerst antiseptischer Behandlung, später dauernder Irrigation, die Ausfüllung der Wunde mit Granulationen herbeigeführt. In einem zweiten Falle von Inkarzeration einer Hernia inguinalis congenita wurde nur der untere Theil der Wunde durch Nähte geschlossen, während im oberen Theile die Ränder des Processus vaginalis lippenförmig mit der Haut vereinigt und in ähnlicher Weise wie beim antiseptischen Hydrokelenschnitt die Ausfüllung der Bruchpforte durch Granulationen erzielt wurde. In derselben Weise verfuhr Schede im letzten Falle, in welchem eine bis in die Bruchhöhle sich erstreckende Hydrokele des Samenstranges eine vorgängige Operation (Inzision und Drainage) nöthig gemacht hatte. Die Gefahr der Operation hält Verf. für sehr gering, da von 26 Opera-

tionen (seine eigenen acht eingerechnet) nur eine einzige tödtlich verlaufen ist. Was die Sicherheit des Erfolges anlangt, so scheint unter allen Umständen so viel erreicht zu werden, dass der Bruch durch ein Bruchband zurückgehalten werden kann; ob mehr zu erreichen ist, muss die Erfahrung lehren. Desshalb verbietet sich aber auch die Operation bei beweglichen und leicht zurückzuhaltenden Brüchen und sind die Indikationen auf nicht zurückzuhaltende irreponible und eingeklemmte Brüche zu beschränken. Die von Czerny und Riesel empfohlene Naht der fibrösen Schenkel des Leistenkanals hält Schede für entbehrlich. —

Im Gegensatze zu den Arbeiten anderer Autoren, welche die Erkrankungen der Zellen des Processus mastoideus fast ausschliesslich als Folgezustände oder Begleiterscheinungen von eiterigen Paukenhöhlenentzündungen behandeln, versucht Dr. Friedrich Bezold zu München, den Warzenzellenerkrankungen in der Ohrenheilkunde eine selbstständige Stellung anzuweisen. Im Allgemeinen sei die Auffassung der Warzenzellenerkrankung als blosser Fortleitungsprozess insoferne eine berechtigte, als nur in den allerseltensten Fällen eine ursprünglich selbstständige Affektion dieser Räume zu konstatiren sein wird. Nach längerem Bestehen sieht man jedoch nicht selten die Paukenhöhlenprozesse heilen, während die auf die Warzenzellen fortgeleiteten in Folge der Form- und Struktur-Eigenthümlichkeiten der Pars mastoidea jene überdauern, einen selbstständigen Charakter annehmen und dann sekundär wieder die Paukenhöhle und übrigen Nachbarregionen in Mitleidenschaft ziehen. Verf. bespricht als hierhergehörende in erster Reihe die desquamativen Prozesse der Pars mastoidea, Ansammlungen konzentrisch geschichteter Epidermismassen, wie sie auch in der Paukenhöhle vorkommen, welche in früherer Zeit fast ausschliesslich die Aufmerksamkeit der pathologischen Anatomen auf sich zogen und von diesen unter dem Namen von Cholesteatom oder Perlgeschwulst zu den Neubildungen gezählt wurden. Durch ihr unbegränztes Wachsthum und Usur ihrer knöchernen Umgebung können dieselben eben nicht nur die Funktion des Gehöres, sondern auch das Leben gefährden. — In zweiter Reihe beschäftigt sich der Verf. mit der Nekrose der Pars mastoidea. In der Kasuistik über die destruktiven Knochen-Prozesse am Schläfenbeine sei nicht immer mit der wünschenswerthen Genauigkeit die Gränze zwischen Nekrose und Karies gezogen worden. Die Frage: Ist ein grösserer Sequester vorhanden oder nicht? habe ja geradezu in erster Linie etwaige operative Eingriffe zu beeinflussen. Zur Orientirung in dieser Frage müsse man das Schläfenbein darauf hin untersuchen, in welchen Partieen dasselbe mehr zu der einen oder anderen Knochenaffektion durch seine normale Beschaffenheit disponirt, und sei hier die Vertheilung von kompakter und spongiöser Substanz wichtig. An der Pars mastoidea beobachte man in Folge ihres anatomischen Verhaltens und ihrer Beziehung zur Fissura mastoidea-squamosa Nekrose und insbesondere Caries necrotica. — Vier Krankengeschichten, an deren Anschluss Bezold Diagnose, Prognose und Therapie dieser Prozesse bespricht, dienen zur Erläuterung der in Rede stehenden Fragen. (Archiv f. Ohrenheilkunde, XIII. Bd., 1. Heft.) —

Wie allgemein bekannt, wird bei der chronischen interstitiellen Nephritis, namentlich in deren späteren Stadien, durch die narbige Retraktion und Schrumpfung grösserer Organabschnitte eine erhebliche Störung in der lokalen Cirkulation der Nieren selbst gesetzt, eine Störung, deren Folgen für die Blutdruck-Erhöhung im ganzen Aortensysteme von Traube so hoch veranschlagt wurden, dass er von ihr die soviel besprochene konsekutive Hypertrophie des linken Herzens ableitete. Obgleich diese Thatsache von Niemand bezweifelt wird, so hat sich doch Richard Thoma der Mühe unterzogen, im Verlaufe sehr zahlreicher, umständlicher und nach eigenem Zugeständnisse nicht immer ganz vorwurfsfreier Untersuchungen die Gründe für diese Cirkulationshemmnisse im Einzelnen aufzuführen und in ihrem Zusammenwirken zu beleuchten. Es handelt sich für ihn um den Nachweis, welchen Antheil 1) die Verödung umfänglicher Kapillarabschnitte, 2) die Verödung zahlreicher Glomeruli und die dadurch bedingten Aenderungen in dem Verlaufe der Arteriolae, 3) die pathologischen Veränderungen der grossen Arterienäste sowie deren hypothetisch längst angenommene abnorme Durchlässigkeit an den Cirkulationsstörungen habe. — Die Stromwiderstände in den Nierengefässen prüft Verf. durch Messung derjenigen Flüssigkeitsmengen, welche, unter

konstantem Drucke von 16 Ctm. Quecksilber in die Arteria renalis injizirt, in einer bestimmten Zeit aus der Nierenvene sich entleeren. Ein Vergleich dieser Quanta — er wendete kochsalzhaltige Leimlösungen an — welche bei Injektionen normaler Nieren erhalten wurden, mit solchen Organen, welche im Zustande mehr oder weniger vorgeschrittener Schrumpfung sich befanden, gibt den Massstab für die präsumptiven Differenzen der Stromgeschwindigkeiten während des Lebens. Von einer sehr fatalen Störung, welche diese Versuche begleitete, einer allmähligen ödematösen Schwellung der Nieren während der Injektion, abgesehen, stellte sich zwar eine stetige Abnahme der Stromgeschwindigkeit bei längerer Dauer der Durchströmung heraus, aber die Quanta bei erwachsenen gesunden Nieren waren doch derart konstant grösser als die Ausflussmengen erkrankter Organe, dass Thoma eine Reihe von Tabellen aufstellen konnte, aus welchen eine Stromverzögerung in den pathologischen Nieren auch nach Reduktion auf eine Gewichtseinheit zu ersehen ist. Dies zugegeben stellt sich die Frage, in welchem Abschnitte der Nierengefässbahn das Hinderniss für den Blutstrom liege: in den grossen Aesten oder in den Kapillaren? — Direkte Messungen des Querschnittes der Arteria renalis in ihrem Stamme sowie der Arteriae interlobulares ergaben für diese keinen entscheidenden Einfluss, da sie bald weiter bald enger gefunden wurden als die berechnete mittlere Weite im Normalzustande; es war demnach kein Zweifel, dass die gesuchte Hemmung im Kapillarbezirke liegen müsse. Das Endglied in dieser Kette von Betrachtungen bildet dann die Erwägung der Rückwirkung, welche die Langsamkeit der Strömung im gesammten arteriellen Gefässbezirke nothwendig zur Folge haben muss. Die a priori zu konstruirende Annahme, dass der arterielle Druck eine Steigerung erfahren müsse, wurde dadurch experimentell plausibel gemacht, dass in die Injektionskanüle bei den Durchströmungsversuchen direkt ein Quecksilbermanometer eingeschaltet wurde, welches denn auch von 14.5 Ctm. Queksilberdruck bei normalen Nieren auf 15—15.7 Ctm. bei geschrumpften Nieren stieg! — In einer zweiten Mittheilung handelt es sich zunächst darum, einen direkten Nachweis für die gesteigerte Durchlässigkeit der Gefässe zu erbringen. Thoma findet ihn durch den Versuch, Leimlösungen mit Berliner Blau gefärbt zu injiziren, wobei er als anatomischen Beweis zahlreiche Extravasate in die Glomeruluskapseln und in das Nierenbindegewebe hinein erzielte. — Die Erkrankungen der gröberen Gefässe beurtheilt er ähnlich wie Johnson, Gull und Sutton; er fand hauptsächlich eine chronische Endarteriitis, fand die hyaline Degeneration an den kleineren Gefässstämmen und konnte diese Alterationen durch alle Stadien bis zur eigentlichen sogenannten atheromatösen Entartung hindurch verfolgen. Die von den genannten englischen Untersuchern betonte Protopathie der Gefässe lässt er vorläufig zweifelhaft. (Virchow's Archiv. LXXI. Bd. S. 42—78 u. 227—249.) —

Dr. Friedrich Bezold zu München hat in verhältnissmässig kurzem Zeitraume drei Fälle einer Erkrankungsform des äusseren Gehörganges beziehentlich des Trommelfelles beobachtet, die er als krupöse Entzündung der genannten Theile bezeichnen zu können sich für berechtigt hält, obschon bis daher Krup der äusseren Haut noch nicht beschrieben worden ist. Krup, beziehentlich Diphtherie, haben Wreden, Wendt, Kupper, Moos und Callon theils als Theilerscheinung einer mit Diphtherie komplizirten Allgemeinkrankheit (Skarlatina, Variola), theils als selbstständige Erkrankung im Mittelohre und auch im äusseren Gehörgange beobachtet und beschrieben. Die Fälle Bezold's unterscheiden sich jedoch nicht unwesentlich von den früher veröffentlichten und sind ausserdem durch das bei ihnen konstatirte massenhafte Auftreten von Mikrokokkus ausgezeichnet. Während nämlich in den von Wreden und Moos mitgetheilten Fällen die lange Zeit andauernde Faserstoffexsudation unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen und vorausgegangener resp. nachfolgender gleichartiger Erkrankung anderer Organe erfolgte und Membranen bildete, welche schwer oder gar nicht zu entfernen waren und nach ihrem spontanen Zerfalle Geschwüre hinterliessen, die unter Narbenbildung heilten; während ferner in jenen Fällen stets der knorpelige Gehörgang (beziehentlich die Muschel) an der Affektion betheiligt war — beschränkte sich bei den Beobachtungen des Verfassers die Ausscheidung von geronnenen Faserstoffmembranen auf wenige Tage, trat ohne besondere Allgemeinerscheinungen spontan oder im Verlaufe einer anderen Ohrkrankheit (Otitis externa, Otitis media acuta) unter mässig heftigen Lokalsymptomen auf und erstreckte

ich nur auf die äussere Fläche des Trommel-
elles und des Gehörganges. Die von Schmerzen
egleitete Entfernung der Membranen gelang
edes Mal leicht und vollständig. Die er-
riffenen, nur mässig exkoriirten Partien, die
ich nach der Ablösung stets geschwollen und
lutig injizirt zeigten, heilten etwa im Ver-
aufe einer Woche nach zwei- bis dreimaligen
Recidiven rasch und ohne Narbenbildung. Die
Exsudatmassen haben ein gelbliches sulziges
Aussehen, sind gegen das Zerzupfen wider-
tandsfähiger und bestehen aus einem feinen
Fasernetze mit eingeschlossenen Rundzellen,
Kernen, Epidermis und Bakterien. Bezüglich
dieser letzteren betont Dr. Schweninger,
dass nirgends, wo Eiterkörper sich finden,
eine Spur von Mikrokokken getroffen wurde.
Vielmehr findet die Anhäufung der Pilzelemente
an der Oberfläche Statt, entgegen derjenigen
der Eiterzellen, welche mehr in der Tiefe, da,
wo die Membran dem Trommelfelle angelegen
hat, zu beobachten ist. Schweninger
schliesst daraus, dass entweder der Faser-
stoff, der doch unzweifelhaft früheren Datums
sei als die Eiterzellen, die Bakterien bereits
auf der Oberfläche der Epidermis vorgefunden
und vor sich her emporgehoben habe oder,
was ihm wahrscheinlicher sei, dass sie erst
nachträglich den Faserstoff als willkommenen
Nährboden gefunden hätten. Auf jeden Fall
erschienen die Mikrokokken als etwas Sekun-
däres, um so mehr, als völlig gleichartige Or-
ganismen am Trommelfelle ohne eine ent-
zündliche Reaktion des letzteren nachgewiesen
worden seien. Im Uebrigen gleichen die
Membranen vollständig denen im Larynx be-
ziehentlich der Trachea zu beobachtenden. —
Bezüglich der Therapie hat Bezold Ein-
träufelung von alkoholiger Salicylsäurelösung,
beziehentlich Einstäubungen von Borsäure
nach vorhergegangener Reinigung der be-
treffenden Partieen in Anwendung gebracht.
(Virchow's Archiv, Bd. LXX Heft III
Juli 1877.)

Im „Archiv f. Anat. u. Physiol.", Anat. Ab-
theilung, I. S. 168–267, veröffentlicht Theo-
dor Langhans Untersuchungen über die
menschliche Placenta. In der Mitte des
zweiten Monats wird die Placenta nur durch
die Chorionzotten gebildet, welche der Sero-
tina gegenüber sich stärker entwickeln als an
der Reflexa und dadurch Chorion und Sero-
tina von einander drängen. Die so entstehende
Placentarhöhle entspricht genetisch der Spalte,
welche in den ersten Stadien zwischen Chorion
einerseits und Serotina und Reflexa anderer-
seits sich findet; Oberfläche der Serotina und
Reflexa sind nichts Anderes als Oberfläche
der Uterinschleimhaut, welche durch Wucher-
ung uneben wird. Die Zotten adhäriren an
derselben nur in der Spitze. Ein Einwachsen
derselben in die Serotina findet nicht Statt.
Das einzige Zeichen eines gegenseitigen Durch-
wachsens von mütterlichen und fötalen Ei-
hüllen an der Placentarstelle bilden insuläre
Knötchen mütterlichen Gewebes, die zwischen
den Zotten, namentlich an der Oberfläche der
Zottenbäumchen, in der Tiefe der Placenta
und selbst am Chorion sich finden. Sie sind
zuerst sparsam und nehmen allmählig an Zahl
zu. Bis zur Mitte der Schwangerschaft findet
sich auf der placentaren Fläche des Chorions
sowie auf den Zotten nur das Chorionepitel,
welches nur an den beschränkten Stellen zu
Grunde geht, woselbst es mit dem mütter-
lichen Gewebe in Berührung kommt. Der
Abschluss des Placentarraumes ist durch Ver-
wachsen des Chorion laeve mit der Reflexa
bedingt. Es treten dabei zuerst unter dem
Chorionepitel flache Inseln eines grosszelligen
Gewebes auf, wahrscheinlich mütterlichen Ur-
sprunges, welche im 4. Monate schon zu einer
kontinuirlichen Lage herangewachsen sind.
Während das Epitel zu Grunde geht, um-
wuchert dieselbe die platt dem Chorion auf-
liegenden Zotten und verschmilzt mit der
Reflexa. Der in zahlreichen Buchten stag-
nirende Inhalt der Spalte zwischen Chorion
und Reflexa wird zu kanalisirtem Fibrin, wel-
ches später verschwindet. Die Reflexa ist in
den letzten Monaten als gesonderte Membran
nicht mehr nachzuweisen. In der Mitte der
Schwangerschaft bildet sich auf der placen-
taren Fläche des Chorion unter dem Epitel
wesentlich durch Umwandlung der früheren
Gefässschicht eine Lage von zellenreichem
Gewebe, dessen Zellen zuerst klein, später
den Serotina-Zellen sehr ähnlich sind:
die Zellschicht des Chorion frondosum. Die-
selbe wandelt sich im weiteren Verlaufe in
kanalisirtes Fibrin um, welches in den letz-
ten Monaten nach Zugrundegehen des Chorion-
Epitels durch Auflagerung aus dem mütter-
lichen Blute sich stark verdickt: lamellöse
Schicht des Chorion frondosum. Die zellig-
lamellöse Schicht umwuchert in Form von
zahlreichen kurzen Säulen die benachbarten
Zotten und vereinigt sich mit insulären Kno-
ten mütterlichen Gewebes. Zugleich werden
auch die Höcker und Wülste der Serotina

höher und erreichen am Placentarrande die zellig-lamellöse Schicht des Chorion, mit welcher sie verschmelzen. Nicht konstant geschieht dies in der Mitte der Placenta. So wird in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft die ganze von den Zotten eingenommene Höhle der Placenta allseitig begränzt von einem Gewebe, welches die Zusammensetzung der Serotina zeigt, auf dessen Oberfläche, soweit sie dem Chorion entspricht, sich kanalisirtes Fibrin bildet. Die Stammzotten treten durch dasselbe hindurch und verästeln sich frei in der so umschlossenen Höhle. Die intervillösen Räume enthalten Blut. Wahrscheinlich dringt dasselbe ein durch Eröffnung des oberflächlichen Kapillarnetzes der Serotina. —

Im „Centralbl. f. d. med. Wissenschaften" vom 19. Jan. 1878 veröffentlicht Dr. Max Schottelius, Assistent am pathol.-anatomischen Institute zu Würzburg, folgende vorläufige Mittheilung über experimentelle Untersuchungen zur Erzeugung miliarer Inhalationspneumonieen: „In Verfolgung einer Reihe experimenteller Untersuchungen über die Wirkung verschiedener staubförmig in die Lunge eingebrachter Stoffe wurde ich durch die neuerdings von Tapeiner, Lippel und Schweninger veröffentlichten Beobachtungen zur weiteren Ausführung resp. zu Kontrolversuchen dieser Experimente veranlasst und theile hier das Resultat der letzteren in Kürze mit: Fünf verschiedene Hunde mussten während acht Wochen täglich eine bis zwei Stunden inhaliren: 1) Sputum mehrerer tuberkulöser Phthisiker; 2) Sputum mehrerer bronchitischer — jedenfalls nicht tuberkulöser — Personen; 3) zerriebenen Limburger Käse; 4) zerriebenes, ganz frisches Kalbs- oder Schweinshirn; 5) feines Zinnoberpulver. Alle bezeichneten Substanzen wurden in Wasser gelöst, beziehungsweise in demselben suspendirt. Die Inhalationen wurden in der Weise vorgenommen, dass unter grösstmöglichsten, die völlige Isolation bezweckenden Kautelen jeder Hund für sich in einen Kasten gesperrt wurde, in welchen hinein durch einen Glastrichter mittelst eines der bekannten Wasserdampf-Inhalationsapparate die betreffende Masse zerstäubt wurde. Durch angebrachte Luftlöcher wurde der Inhalationsstrom und die Temperatur im Kasten, welche nicht über 22—26° C. stieg, geregelt. Während inhalirt wurde, standen die Kasten nicht in einem Raume des pathologischen Institutes, sondern frei in dem vor einem Fenster hängenden Abzugvorsatze des chemischen Laboratoriums. Sowohl dieser als besonders die Kasten und auch das anstossende Zimmer wurden häufig mit desinfizirenden Flüssigkeiten gründlich ausgewaschen. — Das Resultat war folgendes: Eine miliare Knötcheneruption findet in allen Fällen Statt und zwar stuft sich dieselbe quantitativ in der Weise ab, dass phthisisches und bronchitisches Sputum etwa gleichviel miliare Knötchen hervorbringen. Darauf folgt die Lunge, welcher Käse inhalirt worden war, dann die, welche zerriebenes Gehirn bekam, und schliesslich zeigte die Zinnober-Lunge nur ganz vereinzelte weisse Knötchen mit pigmentirtem Centrum, daneben aber interstitiell Zinnober, welcher keine ersichtliche Reaktion des Lungengewebes zu Stande brachte. Qualitative histologische Unterschiede der durch die verschiedenen Substanzen hervorgebrachten Knötchen konnte ich bis jetzt nicht nachweisen. —

Nach den Untersuchungen Fenwick's kann man im Speichel der meisten Ikterischen Gallenfarbstoff nachweisen. Verf. dampft den Speichel auf dem Wasserbade bis zur Trockne ein und erhält dann einen gelben, in Chloroform löslichen und alle Reaktionen des Gallenfarbstoffes gebenden Rückstand; namentlich konstant ist dieser Befund in frischen Fällen von Ikterus, nicht ganz regelmässig in chronischen. Der Gallenfarbstoff war in einigen Fällen im Speichel noch nachzuweisen, nachdem die Haut bereits entfärbt war und der Urin frei von Gallenfarbstoff sich erwiesen hatte. Von dem Vorhandensein des Gallenfarbstoffs im Speichel rührt nach Fenwick der gelbe Belag der Zunge her, welcher sich am Morgen ausser bei ausgesprochenen Ikterischen auch bei Patienten findet, bei welchen sonstige Zeichen des Ikterus fehlen. Während nämlich am Tage der Speichel verschluckt wird, kann er sich während der Nacht in der Mundhöhle anhäufen und, da durch die Temperatur der Mundhöhle das Wasser verdampft, der Gallenfarbstoff auf dem Rücken der Zunge zurückbleiben. So gelang es Fenwick in einigen Fällen, diesen Zungenbelag — die einzige Klage der Patienten — auf die Anwesenheit von Gallenfarbstoff im Speichel zurückzuführen. — Ebenso wie Gallenfarbstoff konnte er durch geeignete

Behandlung — Eindampfen, Ausziehen des Rückstandes mit siedendem Alkohol und Verdunsten des Filtrates oder Fällen mit Aether — im Speichel auch nur wenig Ikterischer Gallensäuren nachweisen. Bei einem Patienten, der nur über bitteren Geschmack im Munde klagte, sonst aber weder ikterisch noch anderweitig krank war, erwies sich der Speichel gallensäurehaltig und eine gegen Ikterus gerichtete Behandlung schaffte Hilfe. Dies fordert dazu auf, in ähnlichen nicht seltenen Fällen den Speichel nach dieser Richtung zu untersuchen. (Lancet, 1877, Vol. II.) —

M. Auarion erzählt in einem Aufsatze über den Einfluss der Nahrung auf die Quantität und Qualität der Ammenmilch folgende zwei Beobachtungen, welche den schädlichen Einfluss des Alkoholmissbrauches der Amme auf das saugende Kind darthun. Im ersteren Falle, beobachtet von M. Charpuitier, wurde ein dreiwöchentliches Kind, welches bisher immer wohl war, nach dem Saugen immer aufgeregt und unruhig; die Amme desselben war in guten Verhältnissen und hatte eine reichliche Menge Milch. Nach einigen Tagen bekam das Kind einen Ausschlag auf dem Gesichte, dem Halse und einem Theile des Stammes; die Aufregung nach dem Saugen dauerte fort, ja es kam zu Konvulsionen, für welche man keine der in diesem Alter möglichen Ursachen beschuldigen konnte; das Kind war kräftig und trank viel. Es stellte sich nach einer minutiösen Untersuchung heraus, dass die Amme, deren Milch neun Monate alt war, um dieselbe zu erneuern, täglich vier Flaschen Wein trank, welche Menge sie ganz gut vertrug. Charpuitier dachte sogleich an eine alkoholische Intoxikation; er liess die Amme genau überwachen und ordnete folgendes Regime an: eine halbe Flasche Wein täglich, eine Flasche Bier, 1—2 Liter Haberschleim und eine substantielle Kost. In einigen Tagen hörten Erregung und Konvulsionen auf und der Ausschlag war verschwunden. — Eine ähnliche Beobachtung wurde von Vernay aus Lyon mitgetheilt. Ein Kind, dessen Amme täglich 6—8 Glas Wein und auch in der Nacht trank, wurde von Konvulsionen befallen, welche trotz Verabreichung von Kalomel, Bromkalium, Belladonna, Bädern erst dann aufhörten, als der Amme der Wein entzogen wurde. (Archives méd. belg., 1877.)

Beiträge zur Physiologie der Harnsekretion gibt P. Grützner in Pflüger's Archiv, XI, S. 370 ff. Er untersuchte, angesichts der von Ustimowitsch gefundenen Thatsache, dass eine Hundeniere, die wegen zu niedrigen Druckes ihre Thätigkeit eingestellt hatte, dieselbe in reichlichem Maasse nach Injektion von Harnstoff wieder aufnahm, ob Aenderungen des Blutdruckes stets gleichsinnige Aenderungen der Harnsekretion nach sich ziehen. Herabgesetzt wurde der Blutdruck bei Kaninchen und Hunden durch Trennung des Halsmarkes von der Medulla oblongata; der Druck sank von etwa 120 Mm. Quecksilber auf etwa 30 Mm., und die Harnsekretion hörte, wie schon Eckhard gezeigt hatte, fast vollständig auf. Auf die jetzt erfolgende Injektion von harntreibenden Stoffen (Harnstoff, Natronnitrat u. A.) erhebt sich der Blutdruck ein wenig und die Nieren beginnen bei einem Drucke zu secerniren, bei welchem früher niemals eine Sekretion beobachtet wurde. Das gleiche Verhalten zeigten die Nieren, wenn der Blutdruck durch starke Dosen von Kurare oder Chloral herabgesetzt worden war. Gesteigert wurde der Blutdruck durch elektrische Reizung der Medulla oder durch kohlensäurereiches Blut; in beiden Fällen wurde die Harnausscheidung mit dem Eintritte der Reizung vollkommen sistirt, auch wenn harntreibende Mittel im Blute vorhanden waren. Die auf solche Weise erzielte Blutdrucksteigerung, welche auf einem allgemeinen Krampfe der vasomotorischen Nerven beruht, führt aber, wie auch die direkte Betrachtung der Niere wahrscheinlich macht, zu einer Blutdruckherabsetzung in den Glomerulis und macht so das Aufhören der Sekretion trotz des allgemein gesteigerten Blutdruckes verständlich. Denn wenn der Blutdruck in den Glomerulis selbst nach vorausgegangener Trennung der vasomotorischen Nerven durch Reizung der Medulla erhöht wird, so beginnt von Seiten derjenigen Niere, bei der jene Operation ausgeführt worden ist, eine sehr reichliche Harnausscheidung, während die andersseitige nur spärlich Harn absondert. Es ist also unverkennbar, dass neben dem Einflusse des Blutdruckes den harntreibenden Mitteln eine spezifische Wirkung zukommt, worüber weitere Versuche Aufschluss geben sollen. Steigt nach Einspritzung von Digitalisaufguss der Blutdruck, so stockt die Harnausscheidung sowohl in der intakten Niere als in der anderen, deren vasomotorische Nerven durchrissen sind. Die Erklärung für

dieses eigenthümliche Resultat sucht Grützner darin, dass die Digitalis unabhängig vom vasomotorischen Centrum eine Gefässkontraktion in der Niere hervorruft, die nach den obigen Versuchen allerdings zum Aufhören der Sekretion führen muss. Aehnlich der Digitalis wirkt das Strychnin. Diese beiden Gifte haben also keinen direkten Einfluss auf die absondernden Elemente der Niere selbst, denn im zweiten Stadium ihrer Wirkung, wenn der Gefässkrampf nachgelassen hat, der Blutdruck aber noch über die Norm erhöht ist, tritt reichliche Diurese auf; anders bei Harnstoff, Natronnitrat u. s. w., bei denen eine spezifische Einwirkung auf die Niere anzunehmen ist. —

•

Pflüger's Archiv XV bringt Untersuchungen von C. Grossmann und Mayerhausen über das Leben der Bakterien in Gasen, welche in der Weise angestellt wurden, dass Tropfen der bakterienhaltigen Flüssigkeit in die Engelmann'sche Gaskammer gebracht und verschiedene wohlgereinigte Gase hindurchgeleitet wurden. Geachtet wurde dabei 1) auf die mit Ortsveränderung verbundenen Bewegungen (Molekularbewegungen sind als Ruhe betrachtet), und 2) auf die Verkleinerung der Bakterien, welcher dieselben stets unterliegen, derart, dass aus den Meso- resp. Megabakterien Mikrokokken hervorgehen. Das Durchleiten der Gase dauerte Stunden bis Tage lang. Als bakterienhaltige Flüssigkeiten wurden Heuaufgüsse und Infuse von Froschmuskeln benutzt. Die Ergebnisse sind kurz folgende: Sauerstoff wirkt zunächst immer bewegungsbeschleunigend, jedoch bei weitem mehr auf neue als auf ältere Formen. Wasserstoff wirkt ebenfalls beschleunigend, aber nur auf neuere Formen, während seine Wirkung auf ältere im Gegentheile eine paralysirende ist. Kohlensäure-Ströme wirken nur, wenn sie ganz schwach sind, auf frische Bakterien excitirend, stärkere Ströme wirken immer lähmend ein. Ozon wirkt schnell und intensiv paralysirend. Die Wirkung der Gase auf die Bewegungen der Bakterien stimmt, den Wasserstoff theilweise ausgenommen, mit ihrem Einflusse auf die Flimmerbewegung überein. Die Formverkleinerung der Bakterien erfolgt am raschesten in einer Sauerstoffatmosphäre, langsamer in Wasserstoff und entschieden am langsamsten in Kohlensäure. Je intensiver die Bewegungen der Bakterien, desto schneller erfolgt im Allgemeinen ihre Formverkleinerung. Endlich geht aus den Versuchen noch hervor, dass Bakterien ohne Sauerstoff existiren können. —

In Folge intensiver Verbrennungen beobachtete Ponfick eine rasche Auflösung der rothen Blutkörperchen in kleine gefärbte Partikeln; diese verschwanden nach kürzerer oder längerer Zeit, um in den verschiedensten Organen schwere Störungen hervorzurufen, so namentlich in den Nieren, in welchen ein Entzündungszustand mit allen charakteristischen Zeichen — Auftreten von Cylindern im Urine, Verstopfung der Harnkanälchen, Verfettung der Epitelien etc. — hervorgerufen wird. Ein anderer Theil dieser Fragmente wird von der Milzpulpe und dem Knochenmarke aufgenommen. — Demnach erscheint das plötzliche und rasche Zugrundegehen einer grossen Anzahl rother Blutkörperchen die schnell eintretenden Todesfälle nach Verbrennungen zu verursachen und in praktischer Beziehung würde sich für diese Fälle die Vornahme der Transfusion empfehlen. (Berl. klin. Wochenschr., 1877, Nr. 46.) —

Nach längerer Anwendung der Salicylsäure als Zahnmittel — sowohl als Mundwasser wie als Zahnpulver — lässt sich nach Dr. Dobrowolski ein unangenehmer Geruch aus dem Munde wahrnehmen. Diese Erscheinung entsteht durch Zersetzung, welche bei freier Salicylsäure sich entwickelt. Die Salicylsäure ist unbedingt ein sehr gutes Zahnmittel, doch kann man nach ihrer Anwendung es nicht verhüten, dass nicht ein Theil derselben im Munde verbleibt, und schon eine sehr geringe Menge zersetzt das schweflige Cyannatrium, einen Bestandtheil des Speichels, der das Faulen der Speiseüberreste verhindert. Durch diese Zersetzung kann demnach der Fäulnissprozess eingreifen und den unangenehmen Geruch bewirken. (Allg. med. Centralzeitung v. 29. Dez. 1877.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 7. *Erlangen*, am 16. Februar 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur syphilitischen Identitätslehre. Zur Anatomie des Lupus erythematodes. Ueber Argyria. Hindernisse bei Zwillingsgeburten. Ueber aneurysmatische Erkrankungen der Leberarterie. Cercomonas intestinalis in Stuhlgängen Kranker. Wirkung des Citrats und des Bromhydrats von Coffeïn. Einfluss der Vagi auf Herz und Lungen und Wirkung einseitiger Vagusdurchschneidung. Essigsäure gegen Psoriasis.

Die Anhänger der syphilitischen Identitätslehre basiren ihre Ansicht auf die gemachten Impfversuche. Es bringt nämlich das Sekret eines harten Schankers oder einer Papel einem Syphilitischen eingeimpft bald harten und bald weichen Schanker hervor. Impft man dagegen das Sekret eines harten Schankers oder einer Papel einem Gesunden ein, so erhält man immer Syphilis. Dr. B. Tarnowsky erkennt die Richtigkeit dieser Thatsachen an, nicht jedoch deren bisherige Erklärung, speziell bekämpft er die daraus hergeleitete Identität des Giftes (Köbner). Augenscheinlich gründet sich die Verschiedenheit der Impfresultate auf die Verschiedenheit des Bodens. Es ergibt sich daraus die Frage: wie verhält sich die Haut Gesunder oder Syphilitischer zu verschiedenen Reizen? — Tarnowsky hat in dieser Hinsicht Versuche angestellt, die ihn zu folgenden Schlüssen berechtigen: 1) Es reagirt die Haut Kranker in den verschiedenen Stadien der Syphilis verschieden. Ein Reiz wirkt im kondylomatösen Stadium stärker als im gummösen, der schwächste Reiz bewirkt den stärksten Effekt in der ersten Ausschlagsperiode. Die Wirkung ist um so intensiver, je näher dem Anfange des Ausschlages der Reiz stattgefunden hat. Die Hauterscheinungen werden während der Entwicklung der nachfolgenden Ausschläge viel leichter hervorgerufen, als während der Interrecidivperioden, am schwersten und seltensten in späteren Perioden. 2) Der verschiedene Verlauf der Syphilis und deren Form üben auf die Resultate der Hautreizung einen bedeutenden Einfluss aus; je rascher ihr Verlauf, je grösser die Hauterscheinungen, desto leichter die Reizerscheinungen. An Kranken mit eiternden Syphiliden bringt die Inokulation bei gleicher Intensität des Reizes die Entwicklung eiternder Prozesse viel leichter zu Stande, als bei an trockenen, papulösen, squamösen Formen etc. Leidenden. 3) Die Verschiedenheit der Impfresultate wird durch individuelle Reizbarkeit der Haut bedingt (Anämie, Skrophulose, Merkurialismus, Skorbut etc.). 4) In einem gewissen Krankheitsstadium wird bei Syphilitischen die Inokulation von hartem Schankersekrete an der Impfstelle dieselben Veränderungen hervorrufen, als Eiter und Detritus, die kein syphilitisches Kontagium enthalten, oder chemisch reizbare Flüssigkeiten. Die Verschiedenheit der Erscheinungen hängt von der Intensität des Reizes der Impfflüssigkeit ab. 5) Die Inokulation irgend eines reizenden Mittels von gewisser Intensität an einem Syphilitischen ruft eine örtliche umschriebene Hautentzündung (Pustel) hervor, um welche später eine Ablagerung syphilitischen Infiltrates stattfindet. Letzteres zerfällt und bringt ein dem tiefen Erythema identisches Geschwür hervor. Besitzt die reizende Flüssigkeit nicht die genügende Intensität oder wurde ein nicht geeigneter Kranker gewählt, so bildet sich weder Entzündung noch Pustel (negatives Resultat) oder es lagert sich in der Umgebung der Pustel kein syphilitisches

Infiltrat ab (abortive Pustel). In seltenen Fällen ruft eine schwache Reizung eine rasch verlaufende Entzündung hervor, nach deren Ablauf eine lineare Narbe zurückbleibt, die sich durch Ablagerung syphilitischen Infiltrates zu einer Papel umgestaltet. 6) Die Köbner'sche Theorie über die Einheit des Kontagiums, welche auf einer falschen Erklärung der Impfresultate basirt, fällt von selbst. Ihre Unzulänglichkeit lässt sich auch durch das direkte Experiment beweisen. 7) Die für die Identität des Kontagiums angeführten klinischen Fälle finden ihre Erklärung in dem Gesetze, welches Tarnowsky über die Wirkung verschiedener Reize auf die Haut Syphilitischer festgestellt hat. Der weiche Schanker, wenn er sich auf der Haut Syphilitischer entwickelt, kann ebenso, wie alle anderen Reize, eine Ablagerung syphilitischer Infiltrate hervorrufen (pseudo-indurirter Schanker); dieser indurirte Schanker kann durch Einimpfung von Schankereiter auch im latenten Stadium der Syphilis bis zehn Jahre nach der Infektion hervorgerufen werden. 8) Der pseudo-indurirte Schanker bietet, trotz öfterer Aehnlichkeit mit syphilitischen Primäraffektionen, viele Kennzeichen, welche ihn vom weichen Schanker sowie von der ächten Primärinduration unterscheiden. Vom entzündlichen weichen Schanker, bei welchem das Geschwür auch von einer Induration umringt ist, unterscheidet er sich durch Entwicklung und Verlauf. Die entzündliche Verhärtung wird durch einen Reiz der Schankeroberfläche hervorgerufen; es entspricht desshalb immer der rasch verlaufende Zerfall im Schanker dem Auftreten der Verhärtung im Umkreise des Geschwüres. Bei Abnahme der Reizerscheinungen nimmt auch die umgebende Geschwulst ab. Das Geschwür reinigt sich, vernarbt und schwindet durch Resorption. Beim pseudo-indurirten Schanker dagegen nimmt das abgelagerte Infiltrat unabhängig vom weiteren Verlaufe des Geschwüres immer mehr zu. Der Schanker vernarbt, die Infiltration aber wächst bis zu einer bestimmten Zeit, zu welcher dann die Resorption erfolgt. Der weiche Schanker ist gewöhnlich schmerzhaft, der pseudo-indurirte dagegen fast unempfindlich. Die entzündliche Verhärtung ist weicher, nicht so scharf abgegränzt wie die knorplig-harte Induration. Bei der primär syphilitischen Induration wird eine Inokulationsperiode sowie Schwellung der benachbarten Lymphgefässe beobachtet, welche beide dem pseudo-indurirten Schanker fehlen. — Den vorhergehenden Untersuchungen, welche die Frage der Beziehung des weichen Schankers zur Syphilis lösen, hat Verf. neue hinzugefügt. Von der Thatsache ausgehend, dass syphilitische Erscheinungen sich eher an solchen Stellen entwickeln, die einem Reiz ausgesetzt waren, dass ferner bei Syphilitischen, welche keine Erscheinungen darboten, durch ein Trauma oft syphilitische Infiltrate an der beschädigten Stelle auftreten, hat er eine Reihe von Versuchen vorgenommen, welche bezweckten, syphilitische Erscheinungen durch Reizung der Integumente so zu sagen künstlich hervorzurufen, und die Möglichkeit boten, nicht nur bei Syphilitischen mit offenbaren Erscheinungen, sondern auch bei solchen im latenten Stadium charakteristische Merkmale hervorzubringen, welche ein diagnostisches Kennzeichen für schwere Fälle viszeraler Syphilis, sowie ein giltiges Kriterium zur sicheren Entscheidung der Frage über die Heilung der Syphilis abgeben sollten. Am geeignetsten erwiesen sich zu diesem Zwecke Aetzungen kleiner Hautbezirke mittelst Ricord'scher Pasta (Schwefelsäure und Kohlenpulver). Diese Aetzung, die vollkommen schmerzlos ist, nennt Verfasser Cauterisatio provocatoria. Es wurden nun über 200 Aetzungen an Syphilitischen verschiedener Perioden und 50 Aetzungen an mit chronischen Krankheiten der Haut und der inneren Organe Behafteten vorgenommen. Tarnowsky zieht daraus folgende Schlüsse. 1) Nur ein positives Resultat der Cauterisatio provocatoria berechtigt zu dem Schlusse, dass ein Kranker an Syphilis leidet, ein negatives gibt nicht das Recht, ein Individuum als syphilitisch zu betrachten. 2) Als positives Resultat ist die Bildung eines dunkelrothen, unter dem Fingerdrucke nicht verschwindenden Saumes zu betrachten, welcher allmählig die ganze Peripherie des Schorfes einnimmt und nur nach dem totalen Verschwinden der entzündlichen, durch die Aetzung hervorgerufenen reaktiven Entzündung hervortritt. Dieser scharf begränzte, harte, 3—5 Mm. breite Wall erhebt sich allmählig und nimmt eine braune Nuance an; nach 20—30 Tagen und mehr beginnt er allmählig wieder zu sinken und verschwindet. Mit der Wallbildung geht unter dem Schorfe eine scharf begränzte Verhärtung einher, welche 15—20 Tage wächst und dann wieder langsam abnimmt. Die Abwesenheit einer der genannten Erscheinungen macht die Aetzung nicht mehr überzeugend. Das Abfallen des Schorfes und das Ersetzen desselben durch einen neuen, die Bildung eines

runden oder serpiginösen Geschwürs, oder endlich das Entstehen von Papeln, Ekthymapusteln oder Tuberkeln in der Umgebung der Aetzungsstelle treten als neue weitere Beweise für das positive Resultat der Cauterisatio provocatoria noch hinzu. 3) Die entzündlichen reaktiven Erscheinungen im Umkreise der geätzten Stelle, wenn sie nicht am 10.—15. Tage verschwinden, machen es unmöglich, die allmählige Ablagerung des Infiltrates zu beobachten und berauben die Aetzung ihres diagnostischen Werthes. Letzteres findet am öftesten bei nicht syphilitischen kachektischen Kranken Statt. Das Abfallen des Schorfes durch reichliche Eiterung der Umgebung, im Laufe der ersten 5—10 Tage hervorgerufen, hindert gleichfalls, einen richtigen Schluss über das Ergebniss der Aetzung zu ziehen. Durch das Entstehen von Ekzem, Erysipelas, Furunkel und traumatischer Beschädigung in der Umgebung der Aetzung wird ebenfalls der Beweis für Cauterisatio provocatoria entzogen. 4) Leute, deren Haut gegen verschiedene Reize wenig empfindlich ist, liefern die ausgeprägtesten Resultate bei der Caut. prov. Bei jungen gutgenährten Subjekten ist es leichter, damit richtige Schlüsse zu erzielen, als bei anämischen, skrophulösen und skorbutischen Individuen oder bei Säufern und alten Leuten, die eine atrophische Haut besitzen. 5) Je rascher die Krankheit verläuft und je früher nach syphilitischer Infektion die Aetzung angestellt wurde, desto wahrscheinlicher war das positive Resultat derselben. 6) Bei der visceralen Syphilis, der Erkrankung der Knochen und Knorpel, ebenso in der gummösen Periode der Syphilis, gibt die Aetzung oft negative Resultate, gleichfalls in der Zwischenrecidivperiode im Anfange einer langsam verlaufenden Form der Syphilis. 7) Die Aetzung ist fast immer von positivem scharf ausgeprägtem Resultate gefolgt in der Inkulationsperiode, hauptsächlich bei Kranken, die keine Quecksilberkur durchgemacht haben. 8) Da die Schlüsse, welche man aus positiven und negativen Resultaten der Aetzung zieht, sich hauptsächlich auf die Verschiedenheit der Erscheinungen gründen, welche durch die Aetzung bei Gesunden und Syphilitischen hervorgerufen werden, so ist ein Jeder, der die Cauterisatio provocatoria als ein diagnostisches Mittel anzuwenden beabsichtigt, verpflichtet, den Verlauf der Aetzung bei einem jungen vollkommen gesunden Menschen und bei einem Syphilitischen in der zweiten Inkubationsperiode, der keine merkurielle Kur gebrauchte, zu verfolgen. — Zum Schlusse macht Tarnowsky noch die Bemerkung, dass die eben beschriebenen, durch Aetzung hervorgerufenen Bildungen zuweilen in Folge individueller oder anderer uns bis jetzt wenig bekannter Ursachen sehr in ihrer äusseren Erscheinung abgeänderte Formen annehmen, die ihre äusseren charakteristischen Merkmale verschwinden machen und so der Kauterisation den diagnostischen Werth entziehen. Es ist also bei der Anwendung der Cauterisatio provocatoria erstens eine gewisse Erfahrung in der Beobachtung ihrer Merkmale sowohl bei Gesunden als bei Syphilitischen unentbehrlich, und zweitens die grösste Vorsicht zu beobachten bei der Beurtheilung des Falles, da nur auf deutlich ausgeprägte positive Thatsachen die Diagnose gegründet werden kann. (Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph., 1877, Heft 1 u. 2.) —

In der Vierteljahrsschr. f. Dermatologie u. Syphilis, III. 1. p. 17 ff. liefert Prof. Eduard Geber einen Beitrag zur Anatomie des Lupus erythematodes. Er ging bei der grösseren Mannigfaltigkeit der bei dieser Krankheit auftretenden und oft schon durch die Lokalisation bedingten Erscheinungen von dem Gesichtspunkte aus, die Untersuchungen auf die verschiedensten Hautstellen auszudehnen. Die theils von Lebenden, theils von Verstorbenen entnommenen Hautstückchen wurden entweder zur Anfertigung von Zupfpräparaten verwendet oder nach Härtung in weingelber Chromsäurelösung und verdünntem Alkohol zur Schnittführung vorbereitet. Die erhaltenen Schnitte wurden in karminsaurem Ammoniak in Pikrokarmin oder Leonhardi'scher Tinte gefärbt und in Glyzerin oder nach Aufhellung mittelst Nelkenöles in Damarlack untersucht. Was zunächst den mehr oberflächlich verlaufenden L. eryth. betrifft, so bildet — wie besonders an der Randzone durch ein deutlicheres Hervortreten der Gefässe zu beobachten ist — den Beginn der Erkrankung eine Anhäufung von Blutkörperchen in den Kapillaren des Korium und der Papillen, sowie eine Umlagerung von Zellen im Gewebe um dieselben herum. Die spindelförmigen Zellen der Wandung der ungleichmässig erweiterten Gefässe zeigen ein stärkeres Granulirtsein und Voluminöserwerden des protoplasmatischen Leibes, wodurch das Lumen des Rohres verengt wird. An stärker erkrank-

ten Stellen findet eine Proliferation der Gefässelemente statt, die sich am häufigsten durch Theilung der Endotelkerne und Kernkörperchen, seltener des Zellenleibes und Zellenfortsatzes, ausdrückt. Im gleichen Verhältnisse betheiligt sich das umliegende Gewebe an der Erkrankung. Anfangs sich mehr an die Gefässwandungen haltend erstreckt sich die Vermehrung der lymphoiden Elemente — welche an den Gränzpartien aus Rundzellen und ovalen wie spindelförmigen, an dem centralen Theile dagegen nur aus Rundzellen bestehen — späterhin weiter in das Gewebe hinein, von welchem schliesslich nur zarte Bindegewebszüge zurückbleiben. — Während die um Gefässe gelegenen Zellen fein granulirt sind, zeigen die mehr abseits liegenden ein grob granulirtes, mit Fettmolekülen durchsetztes Protoplasma und undeutliche Kerne — ein Verhalten, welches auf Bildung der Elemente in Zeitabständen resp. Wucherung in Nachschüben schliessen lässt. Anlangend den Papillarkörper, dehnt sich derselbe nach 2 Richtungen aus: nach der Breite und nach der Länge, wodurch wiederum die Epidermis, die Follikelmündungen, Stellung der Haarbälge und der Haare mannigfache Veränderungen erfahren. — Bei dem in die Tiefe greifenden L. eryth. kann schliesslich jeder Theil der Kutis und ihrer Gebilde ergriffen werden, aber auch hier sind es wiederum die Gefässe — die grösseren Kapillaren und Venen, an den Arterien auch die muskulöse Media — welche die geschilderten Reizungs- und Proliferations-Zustände als erste Erkrankungserscheinung darbieten. Weiterhin geht aber aus den besonders durch wohlgelungene Zupfpräparate erhaltenen Bildern für die Frforschung der Details im subkutanen Bindegewebe hervor, dass auch die fixen Elemente des Bindegewebes in Proliferation gerathen und einen wesentlichen Antheil an dem Wucherungsprozesse haben. Auch die Haarbälge erkranken nach dem Maasse der sie umgebenden Papillen und Kapillarnetze früh und in bedeutendem Grade: die Zellen der äusseren Wurzelscheide vermehren sich, gehen dann in Verfettung und Verhornung über, wodurch das Lumen, mit Epidermalmassen angefüllt, bedeutend erweitert und der Umfang des Balges grösser erscheint. Der Vorgang an den Talgdrüsen ist ein zweifacher: entweder es kommt zur Hyperplasie der Drüsenelemente oder aber es tritt von dem umgebenden Bindegewebe aus eine Wucherung von Granulationszellen zwischen die Acini an die Membrana propria heran und stellenweise auch in das Innere der Acini ein, so dass die Talgdrüse oft sehr früh ihre Existenz einbüsst. Eine besondere Disposition für die Erkrankung der Talgdrüsen ist nicht vorhandsn und wird die Behauptung Gedding's, dass die Erkrankung von diesen ausgehe, schon durch die Thatsachen hinfällig, dass Neumann an der Flachhand Efflorescenzen von L. eryth. sah und dass auch die Mundschleimhaut von der Affektion nicht ausgenommen ist. Auch die Schweissdrüsen nehmen, wenn auch in weniger auffallender Form, an der Erkrankung Theil. — — Was nun die regressive Metamorphose betrifft, so beginnt dieselbe mit einem Getrübtsein der Elemente durch eine grobkörnige molekulare Masse, welche sich in weiterem Fortschreiten in eine Detritusmasse verwandelt, in welcher die Bindegewebsfasern, Zellen und Kerne, in dunkelkontourirte, stark lichtbrechende Fettkörperchen aufgegangen, im Zerfalle sich befinden. Indem diese grobgranulirte, fettig entartete Masse in Folge der Resorption immer mehr schwindet, bleibt allmählig nur ein aus gekörnten Fasern gebildetes zartes Bindegewebs-Netz mit wenigen Rundzellen oder Kernen noch zurück und den Abschluss des Prozesses bildet jener Zustand, in welchem nur vielgestaltige Räumchen mit noch spärlichen Ueberresten von Kernen vorhanden sind. Die reichlich vorhandenen Gefässe mit ihren starren, glänzenden Wandungen, an denen bald eine pigmentartige Wölbung der Endotelanlage, bald eine schwache Verdickung als Residuum des gewesenen Wandelementes zu bemerken ist, sind derartig verändert, dass man sie leicht für zarte Bindegewebsbündel halten könnte. — An der Oberhaut ist die Gränze gegen das Rete auf einen schwachen linearen Bindegewebssaum reduzirt: in den Retezellen zeigt sich das Protoplasma durch Fetteinlagerung körnig getrübt, oft jedoch krümelig, so dass entweder ein Theil der Zelle mit unregelmässig aussehendem Kerne zurückgeblieben oder der ganze Inhalt derselben herausgefallen ist. Oft wieder ist die Zelle die glasige Verquellung eingegangen oder der amyloiden Entartung anheimgefallen. Die Haarbälge sind im Allgemeinen nach Art und im Verhältnisse der ihnen entsprechenden Hornschichte und des sie umgebenden Bindegewebes verändert. Ebenso treten in den Zellen der Talgdrüsen — soferne die letzteren nicht bereits durch den Infiltrationsprozess zu Grunde gegangen sind — mannig-

fache Veränderungen auf, die in der Hauptsache zur Umwandlung ihres Inhaltes zu einer fettigen molekularen Masse und durch Zusammenfluss des Fettes zur Bildung vakuolenartiger Kugeln führen. An den Acinis sind die Talgzellen in toto zerfallen und man findet neben wenigen Zellen einen Haufen von unregelmässig gelagerten Fettkugeln und Kernen. —

Die Wiener Jahrb. III. p. 369 1877 enthalten eine Arbeit von Dr. Isidor Neumann zu Wien über Argyria, welcher wir das Nachstehende entnehmen. Nachdem Verf. mit grosser Sorgfalt alle irgend bekannten Fälle dieser durch den innerlichen Gebrauch des Nitras argenti hervorgerufenen Pigmenterkrankung zusammengestellt und dabei ausführlich der neueren, eine genauere anatomische und histologische Darstellung aufweisenden Arbeiten Frommann's und Riemer's sowie der experimentell an Thieren gewonnenen Resultate Huet's Erwähnung gethan hat, berichtet er über folgenden ihm von Prof. Brunetti zu Padua mitgetheilten Fall von Argyrie: Ein 50jähriger Mann hatte sich 26 Jahre lang die sichtlich vergrösserten Papillen der Zungenwurzel mittelst Höllenstein touchirt und, während er sich seiner Meinung nach dadurch von Syphilis befreite, sich intensive Silberfärbung zugezogen. Gesichts- und Brusthaut, die Schleimhäute des Mundes und Rachens waren grauschwarz, die Nägel bläulich. Im Uebrigen befand er sich vollkommen wohl. Sein Tod erfolgte am 17. November 1873 angeblich in Folge eines Intestinalkatarrhes. Die Sektion ergab abnorme und wohl auf Argyrie zu beziehende Färbung deutlich an den Meningen, undeutlich am Magen, intensiv an der äusseren Oberfläche des Intestinaltraktus, an der Innenseite des Abdomen, sowie an der Innenfläche des ganzen Darmtraktus. An den Nieren zeigte sich auffallender Weise nichts Besonderes. — Bei der mikroskopischen Untersuchung des übersendeten Hautstückes fand Neumann metallisches Silber in allen Gewebstheilen der Haut eingebettet, ausgenommen die zellige Auskleidung der Drüsen und das Rete Malpighii. Besonders hebt er die schichtartige und streifenförmige Anhäufung der Silberkörnchen, welche sich dicht unter dem Rete Malpighii und an den Schweissdrüsenwindungen findet, hervor. Dies stimmt genau mit dem von Frommann und Riemer bei Argyrie gefundenen Ergebnisse überein. Wenn die weitere Thatsache, dass bei Neumann sich Silberkörnchen weit hinein in das Unterhautfett- und quergestreifte Muskelgewebe verfolgen lassen, von dem Befunde im Riemer'schen Falle einigermassen abweicht, so liegt der Grund wohl unzweifelhaft darin, dass der von Neumann beschriebene Fall einen weit höheren Grad der Versilberung als der Riemer's darbot und dass daher auch Stätten, welche sonst weniger zur Silberablagerung geneigt erscheinen, dabei betheiligt waren. So zeigten im Falle des Verfassers nicht nur die arteriellen sondern auch die venösen Gefässe der Haut deutliches Silberpigment, während bei Riemer wenigstens die Hautvenen silberfrei waren, diejenigen anderer Organe, vor Allem die des Darmtraktus, sich jedoch ebenfalls mit Silberkörnchen belegt fanden. Ferner sah Verfasser Silberpigment im Sarkolemma der glatten Muskeln und an den Nerven der Haut. Am Haarbalge, und zwar an der glashellen Innenschichte, waren reichliche, in Form von Streifen abgelagerte Silbermengen vorhanden und analog den Schweissdrüsen führten auch die Talgdrüsen nur in ihrer bindegewebigen Wandung Silberpigment. Ob sich in Neumann's Falle die verschiedenen Körperregionen angehörenden Schweissdrüsen und glatten Muskeln der Argyrie gegenüber etwa verschieden verhielten, liess sich leider nicht bestimmen, da eben nur ein einziges Hautstück zur Untersuchung vorlag. — Am Schlusse der Arbeit gibt Verf. noch eine Uebersicht der von Frommann, Delioux, Rouget, Virchow und Riemer versuchten Erklärungsweisen der Entstehung der Argyrie, ohne selbst darüber ein eigenes Urtheil abzugeben. Es ist das auch sicherlich eine noch offene Frage und dürfte es sich wohl lohnen, wenn es gelänge, dieselbe unzweifelhaft und endgiltig zu entscheiden. Nach Riemer's Ueberzeugung ist dies am ehesten auf physiologisch-experimentellem Wege möglich. Wenn die Beobachtung des mit Argyrie behafteten, in Wien lebenden Collegen Welker feststeht, dass die Farbe im Verlaufe der Jahre immer mehr abnahm und der Körper also das als unveränderliches, reduzirtes Silber abgelagerte Pigment selbst eliminirt, so kann das doch unmöglich anders als auf mechanischem Wege geschehen, indem die kleinen Silberkörnchen mit den Se- und Exkreten, und zwar, wie Riemer nach seinen Untersuchungen annehmen zu dürfen glaubt, vor Allem mit dem Speichel und vielleicht auch mit dem Harne gleichsam weggeschwemmt

werden. Wie aber die Entfernung des Silberpigmentes von Statten geht, sollte in analoger Weise d. h. auf rein mechanische Art, auch dessen Ablagerung stattfinden. — Anhangsweise erwähnen wir hierbei einer Abhandlung von Prof. William Pepper (Philad. med. and Surg. Reporter, Sept., 1877) über die innere Darreichung des Nitras argenti und das Erscheinen einer blauen Linie am Zahnfleische als erstes Zeichen für das Auftreten der Argyrie. Als Erkrankungszustände, gegen welche Argentum nitricum behufs örtlicher Einwirkung innerlich gegeben wird, bezeichnet er das Magengeschwür, die chronische Gastritis, follikuläre Enteritis, akute und chronische Dysenterie, chronische Typhlitis und tuberkulöse Diarrhoe. Da das salpetersaure Silber beim Durchgange durch den Magen und Darmkanal vor Allem auch in ein lösliches und daher resorbirbares Silberalbuminat umgesetzt wird, so hält er eine günstige Einwirkung des Silbersalzes auf gewisse Affektionen des Nervensystems (Epilepsie, chronische Meningitis, Sklerosis) für durchaus möglich und sogar wahrscheinlich. Als üble Folgen, welche die Darreichung des Salpetersilbers mit sich führt, erwähnt Pepper zuerst die lokale Reizung der Gewebe. Diese könne durch die Dispensation des Mittels in Pillenform vermindert werden. Freilich lässt Pepper hierbei ausser Acht, dass damit auch die Zersetzung des salpetersauren Silbers und dessen Reduktion befördert wird, worüber Riemer selbst Untersuchungen angestellt hat. Dann aber sei es auch von Wichtigkeit für die grössere oder geringere Reizung, zu welcher Zeit, ob vor oder nach der Mahlzeit, das Mittel dargereicht und welche Diät dabei beobachtet wird. Als zweite üble Folge wird die Verfärbung der allgemeinen Hautdecken erwähnt. Wenn nun auch möglichste Beschränkung der Gabe und zeitweiliges Aussetzen der Darreichung das Eintreten einer Argyrie hintanhält, so möchte es doch bei der Verschiedenheit des Verhaltens, welches die einzelnen Individuen demselben Mittel gegenüber zeigen, gut sein, wenn wir ein sicheres Anzeichen der drohenden Pigmenterkrankung haben. Ein solches glaubt Pepper eben in der eigenthümlichen blauen Linie des Zahnfleisches, welche vorhanden ist, bevor noch irgend welche Hautverfärbung eintritt, gefunden zu haben. Diese Silberlinie soll sich von der bekannten Bleilinie des Zahnfleisches durch dunkleren und entschieden bläulichen Farbenton unterscheiden.

In einer Broschüre unter dem Titel: „Dystocie spéciale dans les accouchements multiples“ betrachtet Dr. Besson die Geburtserschwerungen, welche spezifisch sind für Zwillingsgeburten, nämlich die Behinderung der Geburt des einen Zwillings durch den anderen. Als Ursache stellt er auf Seiten der Mutter ein weites Becken resp. Kleinheit der Kinder hin, wodurch der gleichzeitige Eintritt ermöglicht wird. Als „determinirende“ Gründe bezeichnet er Kontrakturen des Uterus, die besonders leicht durch den unzeitigen Secale-Gebrauch hervorgebracht werden, dann das Tiefertreten der Blase des zweiten Zwillings vor dem ersten, vorzeitigen Wasserabfluss und endlich Fehler bei der Ausführung der Wendung, wesshalb er stets beim ersten Zwillinge, selbst bei hochstehendem Kopfe, die Zange angelegt wissen will. Von den verschiedenen Möglichkeiten der Lage sind die am günstigsten, bei welchen beide Schädel nach unten liegen; hier kann es nur ausnahmsweise zur Erschwerung des Geburtsmechanismus kommen, wenn der Kopf des zweiten auf dem Halse des ersten liegt und mit dem Rumpfe in's Becken eintritt. Doch ist dies nur sehr selten beobachtet worden. Sehr viel häufiger kommen Störungen vor, wenn das erste Kind in Steisslage und das zweite in Kopflage sich befindet. Hier kann der Kopf des zweiten zugleich mit dem ersten eintreten und ein recht schweres Geburtshinderniss abgeben. Nur vier Male war hier die Geburt spontan beendet, nur fünf Male ist es möglich gewesen, den Kopf in die Höhe zu schieben, ein Mal hat Hohl die Zange an den hochstehenden Kopf des ersten Kindes angelegt, was Besson dringend widerräth; meist ist es möglich gewesen, nämlich elf Male, den Kopf des zweiten Kindes mit der Zange zu entwickeln; gelingt dies nicht, so bleibt nur die Perforation oder Dekapitation des ersten Kindes übrig. Liegen beide Kinder in Fusslage, so können Schwierigkeiten der Diagnose dadurch entstehen, dass zu viel Füsse vorliegen; man muss sich dann möglichst zu hüten suchen, Füsse verschiedener Früchte zu fassen. Aus allen anderen Lagen können, wie Verf. an der Hand der Literatur zeigt, in äusserst seltenen Fällen Geburtshindernisse entstehen, die meist unerkannt zum Tode für Mutter und Kinder führten. Verf. räth desshalb jeder Schwangeren, sich im zehnten Monate untersuchen zu lassen, ob etwa Zwillinge anzunehmen seien, und gibt hierfür die bekannten Zeichen an. —

Bei eingetretenem Geburtshindernisse empfiehlt er zur Diagnose die Einführung der ganzen Hand und möglichst gleichzeitige Narkose. Zur Einleitung einer richtigen Behandlung gehört vor Allem die richtige Diagnose. Besson warnt nochmals vor dem vorzeitigen Secale-Gebrauche — eine gewiss recht zu beherzigende Mahnung — und vor einer unvorsichtigen Wendung, weil man durch dieselbe aus den bei Zwillingen günstigen Schädellagen das ungünstigste Verhältniss, Fusslage des ersten und eventuell Schädellage des zweiten macht. Liegen beide Schädel vor, so will er mit Tarnier die Zange an den tieferstehenden anlegen. Bei Steiss-Schädel-Lage will er nach einem schonenden Versuche, den Kopf des zweiten Zwillings in die Höhe zu schieben, gleich den ersten dekapitiren; nur so werden ernste Störungen für die Mutter zu vermeiden sein. (Deutsche Zeitschrift für prakt. Medizin, 3, 1878.) —

In Anlehnung an die von Frerichs aufgestellte Symptomatologie aneurysmatischer Erkrankungen der Leberarterie führen die DD. G. Ross und W. Osler aus der Literatur über diese sehr seltene Affektion vier Fälle an. Zwei derselben verliefen ganz ohne Symptome, welche auf ein Leberleiden hingedeutet hätten, der dritte mit heftigen kardialgischen Schmerzen und intensivem Ikterus, der vierte tödtete rasch durch Ruptur des Aneurysma in die Gallenblase und daraus erfolgenden hämorrhagischen Erguss in das Duodenum. Ganz verschieden von diesen war Verlauf und Sektionsbefund eines von den Verfassern selbst beobachteten und beschriebenen Falles. Hier waren es sehr heftige peritonitische Schmerzen, welche einen 21jähr. Mann im Montreal-General-Hospital Aufnahme suchen liessen. Der Patient war äusserst matt und erschöpft, seine Haut blass, nicht ikterisch. Temperatur betrug 105° F. Das rechte Hypochondrium war spontan und auf Druck schmerzhaft, die Milz vergrössert. Auffallend war ein stark fäkulenter Geruch, der von dem Körper des Kranken ausströmte. Der Tod erfolgte vier Wochen nach dem Eintritte in das Spital an einer Pleuritis. Bei der Obduktion fand sich eine doppelseitige Pleuritis; um die Leber, die Milz und den Magen herum ältere und frischere peritonitische Exsudate; ein frischer weicher Milztumor. Das Herz und der Gefässapparat waren normal. Die Leber war von gewöhnlicher Grösse, schon bei der äusseren Betrachtung sah man verschiedene gelbe dünnwandige fluktuirende Stellen durchschimmern, beim Einschneiden erwies sich das ganze Organ durchsetzt von erbsen- bis wallnussgrossen alten Abszessen mit dicker Granulationsschichte ausgekleidet; nur der Lobus quadratus und eine rechts von der Gallenblase gelegene Stelle der unteren Leberfläche waren davon frei. Die Gallenblase und Gallenwege enthielten nur Tropfen von Sekret, sie waren überall durchgängig. Die Pfortader in ihrem Hauptstamme frei; ein grösserer, zum rechten Lobus gehöriger Ast war von einem Eiterherde umspült und von demselben arrodirt. Die Arteria hepatica war dicht an der Bifurkation in ihrem rechten Hauptstamme in der Ausdehnung von $2^1/_2$ Zoll aneurysmatisch erweitert, beim Einschneiden in den übrigens ziemlich härteren wallnussgrossen Körper traf man auf alte längst entfärbte konzentrische Fibrinlamellen, im Centrum liess sich nur mühsam noch ein Lumen nachweisen, einzelne abgehende Aeste waren obturirt. Für das Zustandekommen des Aneurysma fand sich nirgends ein Anhaltspunkt. Die zahlreichen Eiterherde im Leberparenchyme leiten die Verfasser von der successiven Einschleppung abgerissener Fibringerinnsel aus dem Aneurysmasacke her. (Canada med. and surg. Journ., July, 1877.) —

E. Zunker hat auf Prof. Leyden's Klinik die Stuhlgänge zahlreicher Kranker mikroskopisch untersucht und in 9 Fällen grössere Massen eines Infusoriums — Cercomonas intestinalis — vorgefunden, auf welches schon von Davaine, Marchand u. A. aufmerksam gemacht worden ist. Die Stuhlentleerungen solcher Kranker waren meist von braungelber Farbe, hatten einen faden fauligen Geruch, eine dünnbreiige Konsistenz und waren durch gewöhnlich in Form kleiner Klumpen eingelagerte Schleimmassen ungewöhnlich zähe. In einem möglichst durchsichtigen Präparate des ganz frischen Stuhlganges sieht man die länglichrunden, durchscheinenden Thiere, mit Wimpern oder Geissel versehen, sich in Staunen erregender Zahl umhertummeln. Im normalen Stuhle finden sich diese Thiere nicht; wahrscheinlich werden sie mit dem Wasser, besonders schlechtem, aufgenommen und entwickeln sich unter

gewissen für sie günstigen Bedingungen (besonders Störungen des normalen Ablaufes der Verdauung, was bei Erkrankungen verschiedener Art vorkommen kann) derart, dass ihre Betheiligung bei dem Fortbestehen leichter oder schwerer verlaufender, zuweilen fieberhafter, selbst Typhus vortäuschender diarrhoïscher Zustände eine durchaus aktive wird. Dafür spricht das Zusammenfallen der Exacerbation leichter Diarrhöen mit der Vermehrung der Infusorien, sowie das zuweilen ohne anderen nachweisbaren Grund andauernde Fortbestehen von Diarrhöen, endlich die eintretende Besserung und Heilung nach dem Verschwinden der Thiere aus dem Stuhlgange. In den von Zunker beobachteten Fällen, von welchen einzelne jeder anderen Therapie trotzten, bewährten sich ihm Eingiessungen von Sublimatlösung in den Mastdarm, woraus er schliesst, dass diese Infusorien besonders im Rektum und Kolon ihren Wohnsitz haben. Die von ihm in Anwendung gezogene Einzeldosis betrug 0.02—0.03 Sublimat, doch glaubt er, dass man sie ohne Nachtheil für den Kranken nicht erhöhen könne. (Allg. mediz. Centralzeitung, 1878, Nr. 10.) —

Prof. Gubler zu Paris erwähnt mehrere Fälle, in welchen er die diuretische Wirkung des Citrats und des Bromhydrats von Coffeïn mit gutem Erfolge erprobt hat. — Bei einem Herzfehler mit Oedem der unteren Extremitäten und Ascites, bei welchem er Digitalis nutzlos versuchte, machte er eine subkutane Injektion mit 0.5 des Bromhydrats von Coffeïn, am zweiten Tage trat reichliche Diurese ein und erreichte nach und nach die Quantität von $4^1/_2$ Liter pro Tag; nachdem er die Injektionen aussetzte, verminderte sich die Urinmenge und fiel unter die Norm, und die Oedeme, welche fast völlig geschwunden waren, traten wieder auf; nach einer neuen Injektion wurde dasselbe Resultat wie früher erreicht. — Vor der Digitalis gewährt das Coffeïn den Vortheil, dass die Diurese bei letzterem sehr reichlich ist und schnell erfolgt, während bei der Digitalis die Vermehrung des Urins etwa erst am 2. oder 3. Tage eintritt; das Coffeïn kann fernerhin subkutan angewendet werden, ohne das Unterhautzellgewebe zu reizen. (Gaz. hebdomad., 1877, 7. Dec.) —

Bereits im Juni 1872 wurde in der Société de Biologie zu Paris im Namen der DD. Arloing und Léon Tripier mitgetheilt, dass nach ihren Versuchen der rechte Vagus energischer auf das Herz wirkt, der linke Vagus dagegen energischer auf die Lungen. Durch die Ergebnisse ihrer ferneren Untersuchungen sind die beiden Autoren weiterhin darauf geführt worden, den Einfluss einer einseitigen Durchschneidung des Vagus auf das Leben der Thiere statistisch festzustellen, nachdem sie die Erfahrung gemacht hatten, dass unter Umständen die Durchschneidung auch nur des einen Vagus schon zum Tode führen kann. In der That kamen nach einseitiger Durchschneidung des Vagus bei 12 Eseln 7 Todesfälle vor und zwar 4 nach Durchschneidung des rechten, 3 nach der des linken Vagus; von 9 Kaninchen starben 3, allemal nach Durchschneidung des rechten Vagus; von mehr denn 40 operirten Pferden erlag nur ein einiges, ebenfalls nach Durchschneidung des rechten Vagus. In allen diesen Fällen waren Magen und Speiseröhre mehr oder weniger mit Futter angefüllt und ebenso fanden sich in den Luftwegen Futterreste. (Schmidt's mediz. Jahrbücher, 18[illegible], Nr. 10.)

Essigsäure gegen Psoriasis empfiehlt Jansen in der neuesten „Revue médicale" als ein höchst wirksames Mittel und lässt dieselbe auf folgende Weise anwenden: Er lässt die Kranken ein heisses Bad nehmen, den Körper mit Seife abwaschen, so dass die Krusten erweichen und dann mit einer Bürste entfernt werden können. Darauf wird die Essigsäure mit einem Schwamme aufgetragen. Die kranken Theile werden zuerst blass, dann injizirt und zuletzt entzündet. Es entsteht Schmerz und Jucken von etwa halbstündiger Dauer. Nach sechs Tagen und sechsmaliger Wiederholung der Procedur sind die Krusten abgefallen; nur in seltenen Fällen erscheinen sie nochmals wieder. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 8.

Erlangen, am 23. Februar 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von 3 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Kropfbehandlung. Salzsaures Pilokarpin als schweisstreibendes Mittel. Wasserinjektion gegen Uteruskrankheiten. Ueber Tuberkulose der Körpermuskeln. Mechanismus der Resorption von Blutergüssen. Subkutane Alkoholeinspritzungen zur Heilung kleiner Hernien. Die Resorption pleuritischer Ergüsse. Die fäulnisswidrige Wirkung des Chinins.

Im Vereine der Aerzte in Niederösterreich (Sitzung vom 21. Nov. 1877) sprach Prof. Dr. Billroth über die lokale Behandlung des Kropfes. Derselbe unterscheidet diffuse Hypertrophieen der Schilddrüse einerseits und Kropfknoten andererseits; letztere sind entweder hypertrophische einzelne Läppchen oder Kysten, aus einzelnen Thyreoidalbläschen entstanden; die Kystenmembran ist glatt und nimmt den Charakter einer sekretorischen Membran an. Von Wichtigkeit ist weniger die Grösse als der Ort, an welchem die Kropfknoten sich entwickeln. Strumae pendulae von noch so kolossaler Grösse sind ungefährlich und erzeugen weniger Beschwerden als Knoten von kaum Hühnereigrösse, wenn sie sich nach hinten und unten entwickeln oder gar sich zwischen Luft- und Speiseröhre schieben. Von Veränderungen in den Strumen kommen vor: Blutextravasate, centrale Vernarbungen, Erweichungen, ferner totale trockene Nekrose (todte Kröpfe), Verkalkungen und ausserordentliche Gefässmassen etc. — Die gewöhnlichste Methode der Behandlung ist jetzt die der parenchymatösen Injektionen. Es wird eine halbe Pravaz'sche Spritze gewöhnlicher, nicht verdünnter Jodtinktur rasch in's Gewebe eingetrieben. Man wartet dann gewöhnlich 5—6 Tage und wiederholt bei kräftigen Personen ein bis zwei Mal wöchentlich die Injektionen. Das Verhalten gegen Jod ist individuell sehr verschieden. Man muss sofort mit den Injektionen aufhören, sobald die Leute abmagern, und insbesondere ist bei jungen Leuten aus tuberkulösen Familien Vorsicht geboten. Dagegen sind die Injektionen, selbst wenn suffokatorische Erscheinungen vorhanden sind, nicht kontraindizirt, sondern gerade hier von eklatantem Erfolge, indem die Dyspnoe bald verschwindet. Dieses Verfahren, mit Vorsicht geübt, ist das für den praktischen Arzt zur Ausführung geeignetste. — An Kystenkröpfen hat Billroth 52 Operationen vorgenommen, darunter: 1) zwei Mal einfach punktirt, mit insoferne ungünstigem Erfolge, als später die Dezision und Exstirpation gemacht werden musste, wodurch beide Patienten geheilt wurden, und 2) 35 Male die Punktion mit nachfolgender Jodeinspritzung verbunden und dabei 29 günstige Resultate erzielt. Er benutzt dabei das Demme'sche Verfahren. Nach der Punktion lässt man die Flüssigkeit ohne Druck ausfliessen und injizirt ungefähr 15 Grm. Tinct. jodi fortioris (Pharmac. Londin.). Das Jod bleibt in der Kyste und wird dann ein Kollodiumverband angelegt, den man so lange liegen lässt, bis er von selbst abfällt. Man darf sich durch heftige Erscheinungen, wie durch Entwickelung von Gasen in der Kyste, nicht zur Punktion verleiten lassen und kann dem Patienten vor einem Jahre nicht sagen, ob er geheilt ist, so lange dauert zuweilen der Schrumpfungsprozess. Die ungeheilten Fälle sind solche, bei welchen zu starre Wandungen vorhanden waren oder in welchen Billroth zu neuen Operationen griff, weil er damals noch nicht wusste, dass der Re-

sorptions- und Schrumpfungsvorgang so lange Zeit in Anspruch nehme. 3) Ein drittes Verfahren ist die Inzision mit nachfolgender Drainage. Diese Operation wurde zwei Mal mit sehr günstigem Ergebnisse ausgeführt bei Strumen, welche durch spontane Erweichung dem Aufbruche nahe waren. 4) Inzision mit Vernähung der Hautränder mit der Kystenwand. Von 12 Operirten wurden 9 geheilt, 3 starben an Pyämie. 5) Die Störk'sche Methode mit kleinen sehr häufigen Injektionen ist von Billroth noch nicht angewendet worden. 6) Injektionen von Alkohol, vor welchem Verfahren derselbe warnt. Er hat es nur ein Mal geübt und Verjauchung durch Essiggährung in der Struma erhalten. 7) Injektionen mit Tinctura Fowleri ohne besondere Resultate. — Bei den festeren Geschwülsten sind folgende Verfahren in Anwendung: 1) Mit dem Probetrokar einstechen und mit demselben mechanisch das Gewebe zerstören, vom Vortragenden zuerst angegeben aber wieder verlassen. 2) Aetzung mit Streifen aus Chlorzinkpasta, von ihm nicht angerathen, weil es sehr heftige Schmerzen verursacht und zu langwierig ist; ebenso mit Aetzpfeilen. 3) Haarseile hat derselbe nicht angewendet, hält sie auch von vornherein für bedenklich. 4) Das Evidement, d. i. die Spaltung des Balges und Ausräumung des Inhaltes, hat er ein Mal geübt mit leidlich günstigem Erfolge; er hält dasselbe jedoch bei einem verzweifelten Falle von Struma carcinomatosa für gefährlich wegen der Möglichkeit des Eintrittes von grossen Blutungen und der durch die Lokalität bedingten schwierigen Stellung. 5) Die Exstirpation wurde von ihm 37 Male vorgenommen, 24 Male mit günstigem Erfolge. Die Statistik würde sich bedeutend günstiger stellen, wenn die substernalen Strumen und jene, die schon in Verjauchung zur Operation kamen, abgerechnet werden dürften. Billroth spricht die Hoffnung aus, dass die Exstirpation in Zukunft mehr geübt werden wird; die Gefahr liege hauptsächlich in der nachfolgenden Mediastinitis, die man schwer verhüten und bekämpfen könne. Nach der Exstirpation von grossen substernalen Tumoren habe man häufig nicht den gewünschten Erfolg in Bezug auf Beseitigung der Dyspnoe; dies erkläre sich nach Rose durch Entartung der Luftröhre, indem die Knorpel schwinden und dieselbe dann zusammenfalle. Im Ganzen hat der Vortragende 94 Fälle von Struma operirt, von welchen 19 mit dem Tode abgegangen, also nicht ganz 19 pCt. Verlust. Bringt man jedoch die schon von vornherein verlorenen Fälle, wie z. B. einen, dessen Struma durch einen Fall in den Pharynx hinein geborstet und der erst nach drei Tagen, als die Struma schon in Verjauchung begriffen war, auf die Klinik kam, in Abrechnung, so ist der Prozentsatz kein ungünstiger. — Im Anschlusse an diese Mittheilung hebt Prof. Störk hervor, dass in der oben erwähnten Broschüre des Prof. Rose zu Zürich mit solcher Ueberzeugungstreue der Kropftod und die hierbei zur Wahrnehmung kommenden Symptome geschildert werden, welche auf so genannten anatomischen Veränderungen beruhen, dass er aus der Schilderung einen pathologischen Befund zu erklären vermag, der bisher unaufgeheilt war. Der Fall betraf einen Knaben von 12 Jahren, der seit mehreren Jahren mit einer so grossen Struma parenchymatosa litt, dass er suffokativ zur Behandlung kam. Wegen der grossen Athemnoth wollte man sich zur Tracheotomie entschliessen; auf Billroth's Wunsch wurde noch ein Versuch mit einer Jodmedikation gemacht, die aber sehr energisch angewendet wurde, und zwar innerlich Jodkali und äusserlich eine Inunktion mit einer Lösung von Jodglyzerin. Nachdem Besserung eingetreten, wurde diese Kur mehrere Monate lang fortgesetzt. Der Kropf schwand vollkommen. Patient kam am 2. Oktober 1876 und ist noch heute, 20. November 1877, in Beobachtung. Trotzdem der Kropf verschwunden ist, hat der kleine Patient einen lippenförmigen Spalt in der Luftröhre, der nur dadurch erklärt werden kann, dass in der Tiefe des subklavikularen Theiles der Luftröhre, woselbst der Druck eben am grössten war, die Knorpelringe zumeist geschwunden oder mindestens erweicht waren. So mag es gekommen sein, dass die an dieser Stelle bandartig gewordene Luftröhre in sich zusammengefedert ist, was dann dem gewonnenen tracheotopischen Bilde einer lippenförmigen, sagittal gestellten Spalte entspräche. — Prof. Weinlechner theilt einen Fall mit, welcher dadurch bemerkenswerth war, dass eine kolossale Struma, grösser als der Kopf des Patienten, innerhalb 25 Tagen durch eine Quantität von beinahe 16 Unzen Chlorzink und $1^1/_2$ Drachmen Aetz-Kali weggeätzt worden und dann, als die Wunde handtellergross war, der Patient an Pyämie starb; ferner zwei Fälle, welche durch später eingetretene *Blutungen* aus der Thyreoidea superior resp. Karotis zu Grunde gingen. — Dozent Dr. Hofmokl bemerkt, dass er schon nach Jod-

einpinselungen eine solche Abmagerung gesehen habe, dass mit dem Mittel ausgesetzt werden musste; ferner dass er auch bei Hydrokelen kleiner Kinder unverdünnte Jodtinktur mit günstigem Erfolge angewendet habe. Was die Blutungen aus der Thyreoidea betreffe, so erwähnt er eines Falles, in welchem nach kunstgerecht ausgeführtem Luftröhrenschnitte einige Tage nach der Operation der Kranke an Verblutung zu Grunde ging und bei der Sektion sich herausstellte, dass durch den abnormen Lauf der oberen Schilddrüsenarterie die Kanüle auf dieselbe zu liegen gekommen und durch Dekubitus ein Loch entstanden war. — Dozent Dr. Eisenschütz gibt an, dass der Kropf auch bei Neugeborenen, wenn auch äusserst selten, zur Todesursache werde. — Zum Schlusse erwähnt Billroth noch eines Phänomens bei einem jungen Manne, bei dem in kurzer Zeit die Struma stark angeschwollen und bei Licht durchscheinend hellrosa geworden sei und starke pulsirende Geräusche habe vernehmen lassen. Auf Jodkali seien alle diese Erscheinungen zurückgetreten. Lücke habe beschrieben, dass in Strassburg eine grössere Anzahl von stark pulsirenden Strumen epidemisch aufgetreten sei. (Mittheil. des Vereins der Aerzte in Niederösterreich.)

Die Lobsprüche, welche man dem salzsauren Pilokarpin als schweisstreibendem Mittel gespendet hat, bewogen Dr. Nawrocki, Versuche über die Wirkung dieses Alkaloides auf den thierischen Organismus anzustellen, um so mehr als in der Literatur nur kurze Angaben darüber enthalten sind, nämlich von S. A. Popow, J. N. Langley und B. Luchsinger. Popow zeigte an Fröschen, Hunden und Kaninchen, dass das Pilokarpin Herzstillstand resp. Verlangsamung der Herzschläge lediglich durch Reizung der peripheren Enden der Vagi herbeiführe; er sah ferner, dass durch Pilokarpin auch die Erregbarkeit der Vagi erhöhet werde, da nach Einverleibung dieses Alkaloides viel schwächere Ströme zur Erzeugung des Herzstillstandes hinreichen. Die durch Pilokarpin hervorgerufene Verlangsamung des Herzschlages wird selbst durch die kleinsten Gaben Atropins aufgehoben; waren hingegen durch Einführung von Atropin die peripheren Enden der Vagi zuvor gelähmt, so wurde durch Einspritzung verschiedener Gaben Pilokarpin ihre Erregbarkeit nicht wiederhergestellt. Bei Langley findet sich die Angabe, dass man ein Froschherz mehrmals hinter einander durch Pilokarpin zum Stillstande bringen und durch Atropin aus diesem Stillstande lösen könne. Die Resultate der Versuche Nawrocki's an Hunden, Katzen und Kaninchen stimmen nun vollkommen mit den Angaben Popow's überein; nur die von ihm ausdrücklich hervorgehobene Erhöhung der Erregbarkeit der Vagi konnte Nawrocki in keinem Falle bestätigen; diese Erregbarkeit wurde im Gegentheile in hohem Grade erniedrigt, da bedeutend stärkere Ströme nöthig waren, um eine deutliche Pulsverlangsamung zu Stande zu bringen. — Langley zeigte, dass die Injektion einer kleinen Gabe Pilokarpin in die Vena saphena nach 30 Sekunden eine starke Speichelabsonderung aus der Glandula submaxillaris hervorrufe, gleichviel ob Chorda tympani und Halssympathikus intakt oder vorher durchschnitten waren; grosse Dosen Pilokarpin hemmen dagegen die Speichelsekretion. Bei Nawrocki's Versuchen, die er an der Parotis und Submaxillaris der Katzen mit Durchschneidung der betreffenden Sekretionsnerven angestellt hat, sah er nach Einführung von etwa 0.005 Pilokarpin fast augenblicklich aus dem Ductus Stenonianus und dem Ductus Whartonianus viel Speichel austreten. 0.001 Atropin hob sofort die Speichelabsonderung auf; durch nachfolgende Einspritzung relativ grosser Gaben Pilokarpin gelang es ihm nie, den Angaben Langley's gegenüber, die stockende Sekretion von Neuem hervorzurufen. — B. Luchsinger sah bei einer jungen Katze, der er einen Nervus ischiadicus durchschnitten hatte, nach subkutener Injektion von 0.01 Pilokarpin alle vier Pfoten gleichmässig schwitzen. Es trat ebenfalls, wiewohl schwächere, Schweisssekretion an der Hinterpfote ein, deren Nerve vor zwei Tagen durchtrennt war; wurde aber derselbe Versuch nach sechs Tagen wiederholt, so blieb das Schwitzen auf der entnervten Seite beharrlich aus. Trotzdem neigt Luchsinger, wegen der Analogie in der Wirkung von Pilokarpin mit Nikotin und Kalabar, der Ansicht zu, Pilokarpin wirke doch auf die Schweisscentren des Rückenmarkes, und sucht dieses durch einen sehr komplizirten Versuch nachzuweisen. Die Versuche über die Einwirkung des Pilokarpin auf die Schweisssekretion bei Katzen hat Nawrocki bereits früher angestellt, da er auch von vorneherein anzunehmen geneigt war, dass Pilokarpin das Centrum der Schweissnerven beeinflusse und aus diesem Grunde

dieses Mittel dazu anwenden wollte, um sich näher über die Lage dieses Centrums zu belehren. Bald jedoch überzeugte er sich vom Gegentheile. Mochte er die peripheren Schweissnerven, resp. Ischiadicus für die Hinterpfote, Medianus und Ulnaris für die Vorderpfote, oder das Rückenmark an verschiedenen Stellen durchschnitten haben und injizirte er Pilokarpin an demselben Tage, so schwitzten alle Pfoten gleichmässig; am nächsten Tage war der Effekt schon nicht mehr so konstant, bald positiv bald negativ; wartete er aber bis zum dritten oder vierten Tage oder noch länger, so schwitzten nach Injektion des in Rede stehenden Mittels die vom Schweisscentrum getrennten Extremitäten nicht mehr. Daraus kann er nur den Schluss ziehen, dass die Schweissnerven, die nicht mehr unter dem Einflusse des Centrums stehen, sehr bald ihre Erregbarkeit verlieren. Wenn er die Aussage Langley's: „Pilokarpin in nicht zu starker Gabe hat dieselbe Wirkung wie die Reizung der Chorda tympani" auch auf die Schweisssekretion anzuwenden geneigt ist, so müssen doch weitere Versuche diese Erscheinung erst näher aufklären. Dabei ist hervorzuheben, dass nach Injektion von Pilokarpin die Schweisssekretion nicht so schnell und in so reichlicher Menge auftritt, wie die Absonderung des Speichels, der Thränen und namentlich des Sekretes der bronchialen und trachealen Schleimdrüschen. Bei Versuchen an Katzen spritzt Verfasser jetzt gewöhnlich nur 0.005 Pilokarpin in 1.0 Wasser gelöst in die Vena saphena oder Jugularis externa ein. Er hat zu diesen Versuchen das Pilocarpinum muriaticum von Trommsdorff in Erfurt bezogen. (Vorläufige Mittheilung im Centralbl. f. d. mediz. Wissensch. 1878 Nr. 6.)

In der Pester med.-chir. Presse, 1878, Nr. 5, verbreitet sich Dr. Emmet über die Wasserinjektion bei Uteruskrankheiten. „Wenn wir", sagt derselbe, „die Beckencirkulation nicht kontroliren und den Gefässen zeitweiligen Tonus wiedergeben können, so werden wir schliesslich nicht viel erreichen. Wir haben wohl unsere Mittel für Lokalbehandlung des Uterinkanales und wir können mit mechanischen Mitteln mancherlei fertig bringen, aber in den einfachen Heisswasserinjektionen besitzen wir das werthvollste Linderungs- und Erleichterungs-Mittel, wenn es nur in gehöriger Weise angewendet wird. Obgleich dieses Mittel schon seit Jahren im Gebrauche ist, so wird seine Wirkung doch immer noch wenig verstanden und gewürdigt. Gewöhnlich nimmt man an, dass die Anwendung von Hitze in dieser Form die Gefässe erschlafft und die Kongestion vermehrt. Dies ist auch wirklich zuerst der Fall, aber bei längerer Anwendung werden die Kapillaren zu gesteigerter Thätigkeit angeregt; wenn sie sich zusammenziehen, geht der tonische Stimulus auch auf die Wände der grösseren Gefässe über, ihr Kaliber wird kleiner und während die Thätigkeit normaler wird, nimmt der Zustand von Kongestion ab. Wir können kapilläre Kontraktionen auch durch Kälte erzielen und die Wirkung ist sogar prompter, aber wenn die Reaktion eintritt, wird die Kongestion in den Geweben grösser als zuvor. Kurz, der unmittelbare Effekt der Kälte ist Zusammenziehung und mit der Reaktion tritt Erweiterung oder Erschlaffung ein; Hitze verursacht im Gegentheile anfangs Dilatation, dann aber folgt Kontraktion nach. — Lässt man eine Frau die Rückenlage einnehmen, die Hüften etwas erhöht durch eine untergeschobene Bettpfanne von geeigneter Form und injizirt eine Gallone (4 Liter) oder mehr heissen Wassers von 37° C. oder höherer Temperatur langsam in die Scheide vermittelst einer Davidson'schen Spritze, so wird die Schleimhaut völlig gebleicht erscheinen und der Kanal wird sich so stark verkleinert haben, als wenn ein starkes Adstringens angewendet worden wäre. Während die Hüften etwas erhöht liegen, wird die Scheide während der Einspritzung eine bedeutende Menge Wassers zurückhalten, die durch ihr Gewicht jeden Theil des Kanales ausdehnen wird, so dass sie in direkte Berührung mit der ganzen Schleimhaut kommt, unter welcher das Kapillarsystem sich ausbreitet. Die Gefässe von Uterus-Hals und -Körper laufen entlang des Sulcus auf jeder Seite der Scheide und ihre Zweige umzirkeln den Kanal mit einem reichen Netzwerke. Die Gefässe des Fundus, durch dessen Venen das Blut zur Pfortader und in den allgemeinen Kreislauf zurückkehrt, kommuniziren mit den niedriger liegenden anastomotisch. So können wir durch die Scheide direkt oder indirekt den ganzen Beckenkreislauf beeinflussen. Wir können so nicht nur die Beckenzufuhr so beschränken, dass wir Kongestionen beseitigen, sondern wir können buchstäblich durch Anwendung von heissem Wasser eine Entzündung aushungern. Ich bin aus eigener Erfahrung überzeugt, dass mehrere von diesen

Injektionen täglich von 38—41° C. eine Attaque von Cellulitis koupiren können, wenn man frühe genug dazu greift und sie mit Ausdauer anwendet, neben Ruhe und narkotischen Mitteln. Diese Injektionen üben einen äusserst wohlthätigen Einfluss auf das Reflexsystem aus, indem sie den lokalen Reizzustand beruhigen. Ich kenne kein besseres Mittel, um die Nervosität und Schlaflosigkeit einer hysterischen Frau zu beseitigen, als eine prolongirte Heisswasserinjektion, welche durch eine erfahrene Hand dargereicht wird. Diese Injektionen bringen häufig eine Patientin schneller in Schlaf, als irgend eines der gebräuchlichen Narkotika. Um eben dauernde Wirkung von ihrer Anwendung zu haben, müssen sie fortgesetzt werden, bis völlige Gesundheit wieder eingetreten ist. Sie sollten täglich wenigstens ein Mal verabfolgt werden und zwar am besten Abends vor dem Einschlafen. Die einzige Position, in welcher die Patientin wirklich Vortheil von ihnen hat, ist die Rückenlage mit etwas erhöhten Hüften, wie oben angegeben. Selbst kann sie dieselben nicht gehörig verabreichen und ich kenne kein Arrangement mit Syphon oder Aehnlichem, welches eine intelligente Wärterin ersetzen könnte. In dem Grade wie die Gesundheit der Patientin zunimmt, kann die Quantität vermindert und die Temperatur erniedrigt werden, bis man die Injektionen allmälig aussetzt, doch sollten sie für längere Zeit immer noch einige Tage nach jeder Regel gebraucht werden. — Im Jahre 1859 brauchte ich zuerst Warm- und dann Heisswasser-Injektionen bei Behandlung eines Gliedes meiner eigenen Familie; damals und noch lange nachher bestand die Mode der Kaltwasserinjektion bei Uterinleiden. Ich setzte die Heisswassereinspritzungen in meiner Privatpraxis fort bis Herbst 1862, wo mir das Frauenhospital übertragen wurde. Von da an bis jetzt habe ich in diesem Institute und in meiner Privatpraxis beinahe jede Patientin nach dieser Methode behandelt, wobei ich nur die Quantität des Wassers und die Temperatur den Umständen gemäss regulirte". —

Die überaus seltene Tuberkulose der Körpermuskeln konstatirte Dr. F. Marchand, Assistent am pathologischen Institute zu Halle, an einem 24jährigen Strafgefangenen, welchen er am 5. Juli 1877 in der dortigen Strafanstalt obduzirte. Dieser Mann soll während seines früheren Aufenthaltes in der Anstalt bis auf zeitweise auftretende epileptische resp. psychische Störungen ganz gesund gewesen sein. Im Januar 1877 wurde er mit den Erscheinungen einer akuten Hüftgelenksentzündung der rechten Seite in das Lazareth aufgenommen und daselbst mit Extension behandelt. Dennoch hatte sich nach kurzer Zeit eine Luxation des rechten Oberschenkels eingestellt. Nach andauerndem hohen Fieber trat der Tod ein. — Bei der Sektion fand sich das rechte Bein um eine Handbreit verkürzt. Die Gelenkkapsel des rechten Hüftgelenkes war sehr beträchtlich erweitert, beim Einschneiden entleerte sich reichliche dünne, etwas trübe gelbliche Flüssigkeit. Der Schenkelkopf war luxirt, stark nach oben und hinten gedrängt, so dass er in der Gegend der Spina ilei posterior stand; der Kopf war etwas deformirt, länglich, seine Knorpelfläche zwar erhalten, aber stellenweise gerunzelt, namentlich am Rande. Das Ligamentum teres war bis auf einige Reste am Kopf und an der Pfanne zerstört. Auch die Gelenkfläche der letzteren besass ihren Knorpelüberzug, welcher jedoch mit fest anhaftenden, anscheinend in Organisation begriffenen durchscheinend graurothen Auflagerungen bedeckt war. Die Synovialmembran war sehr stark geschwollen, wulstig, zugleich derb und ödematös; an vielen Stellen, z. B. am vorderen Rande des Acetabulum, bildete sie eine einen Centimeter dicke Schicht, welche ohne deutliche Grenze in die Umgebung überging. Am vorderen Umfange des Gelenkes fanden sich einige dünne Stellen der Kapsel, ebenso war auch der Grund des weiten Sackes, in welchem der Oberschenkelkopf lag, durch eine dünnere Membran von glatterer Beschaffenheit als die eigentliche Synovialis gebildet. Die Sehne des Musculus pyriformis lag am hinteren Umfange dieses Sackes und bildete einen Theil der Wand; dicht unter derselben schien der Rand der ursprünglichen Gelenkkapsel zu verlaufen. Die Synovialmembran war rauh, feinhöckerig und sehr reichlich mit miliaren grauen Knötchen durchsetzt. — Die Muskulatur der Hüfte zeigte sich schlaff, blassröthlich, stark durchscheinend und ödematös. Bei näherer Besichtigung zeigten sich sämmtliche Muskeln in der Nähe des Gelenkes von zahlreichen rundlichen harten Knötchen durchsetzt, welche meist stecknadelkopf- bis hanfkorngross und grösstentheils gelb, käsig waren, zum Theil aber kleiner, durchscheinend grau, mit gelber opaker Mitte. Diese Knötchen

ragten zum Theil etwas über die Oberfläche der Muskeln hervor oder sie sassen in der Tiefe, hauptsächlich in der Nähe der Insertionen, aber auch zahlreich genug in dem Muskelbauch selbst. Einzelne waren grösser, bis zur Grösse einer kleinen Erbse, deutlich aus mehreren kleineren hervorgegangen. Besonders zahlreich fanden sich solche im Obturatorius internus in der Gegend der Incisura ischiadica minor. Aber nicht bloss in nächster Umgebung des Gelenkes, sondern auch in grösserer Entfernung, z. B. im Ansatze des Glutaeus minor am Darmbeine, waren ähnliche Knötchen dicht am Knochen, doch auf demselben verschiebbar, vorhanden. Nirgends fanden sich in der Nähe grössere käsige Knoten. — Abgesehen von diesem seltenen Auftreten der Tuberkeln hatte sich, offenbar von demselben Ausgangspunkte aus, eine allgemeine Miliartuberkulose des Körpers entwickelt. Zunächst fand sich ein dicker Strang von sehr vergrösserten und harten Lymphdrüsen, welche sich von der rechten Leistengegend, längs der Linea arcuata dextra, zum Theil auch an der Innenwand des kleinen Beckens nach oben zu den vor der Wirbelsäule gelegenen Retroperitonealdrüsen erstreckte. Auf dem Durchschnitte zeigten diese Drüsen eine derbe, durch Konfluenz zahlreicher kleiner Herde bedingte käsige Beschaffenheit. Ferner bestand eine ganz frische Miliartuberkulose der im Uebrigen fast gänzlich unversehrten Lungen, Tuberkulose der Milz und der Nieren. — Die Natur der Muskelknötchen war bereits makroskopisch über jeden Zweifel erhaben. Die mikroskopische Untersuchung sowohl an Schnitt- als Zupfpräparaten ergab Folgendes: Die Muskeln befanden sich in einem Zustande hochgradiger Degeneration; nur wenige Primitivbündel waren im Zusammenhange erhalten und zeigten deutliche Querstreifung; die grosse Mehrzahl war in unregelmässige Bruchstücke zerfallen, welche zum Theil noch quergestreift, zum Theil stark körnig waren. Zwischen diesen fanden sich sehr zahlreiche unregelmässig rundliche und eckige Zellen, welche sich durch nichts von den Wanderzellen des Bindegewebes unterschieden; in der Umgebung der Knötchen nahmen dieselben an Zahl zu und zeigten häufig zwei Kerne. Diese selbst waren ziemlich klein, rund, von der Grösse rother Blutkörperchen. Zwischen diesen Elementen traten sodann mehr und mehr zahlreiche kleine runde Zellen mit sehr geringem zartem Protoplasma und glänzenden Kernen von derselben Gestalt und Grösse jener auf, welche schliesslich dicht gedrängt alle übrigen Elemente verdeckten und in ihrer Mitte einen grösseren oder kleineren käsigen Herd einschlossen. Die Umgebung der Knötchen war sehr reich an stark gefüllten Gefässen, an vielen Stellen fand sich auch extravasirtes Blut. Viele, vielleicht die meisten Knötchen waren übrigens in der nächsten Umgebung kleiner Arterien entwickelt, deren Durchschnitt in der Mitte der Neubildung erkennbar war (häufig noch mit Blut gefüllt). Eine Vermehrung der Muskeln oder der Kapillarkerne war nirgends nachweisbar. — Noch ein zweiter Fall von Tuberkulose der Körpermuskeln wurde im vorigen Jahre in Halle durch Herrn Dr. Genzmer untersucht; es handelte sich um eine eigenthümliche spontane Zertrümmerung des Schenkelhalses bei einer alten Frau; in den Becken- und Hüftmuskeln fanden sich sehr zahlreiche Tuberkel, welche, wie die Untersuchung des in der Sammlung des pathologischen Institutes befindlichen Präparates lehrt, sich fast genau wie die im obigen Falle geschilderten verhalten; in einem Präparate, welches Genzmer dem Dr. Marchand zeigte, fanden sich auch vielkernige Riesenzellen, welche Letzterer in seinem Falle vermisste. Uebrigens waren hier viele Knötchen kleiner, submiliar. Die Degeneration der Muskeln, welche jedenfalls der Eruption der Tuberkel vorherging, sowie die starke Blutfülle in der Nähe der Knötchen waren in beiden Fällen gleich. (Virchow's Archiv, 72 Bd., 1. Heft, 1878). —

In einer kurzen historisch gehaltenen Einleitung einer Arbeit über den Mechanismus der Resorption von Blutergüssen führt Dr. H. Cordua die verschiedenen Theorieen der extra- und intra-cellulären Pigmentbildung, der Krystallablagerung und der Aufnahme extravasirten Blutes durch den Lymphgefässapparat auf; dann gibt er eine ausführliche Darstellung seiner eigenen sehr zahlreichen Thierversuche, welche sich sämmtlich auf den Resorptionsmechanismus in der Bauchhöhle beziehen. Wegen vieler Unzuträglichkeiten, an welchen Kaninchenversuche leiden, acceptirte er seines Lehrers Ponfick Grundsatz, lediglich an Hunden zu operiren. Den Vorgang der Resorption studirte er an drei Versuchsreihen 1) durch direkte Infusion von Karotidenblut eines Hundes in die Bauchhöhle eines anderen; 2) durch Injektion defi-

brinirten Hundeblutes und 3) durch Einführung fremden Blutes (vom Lamme oder Huhn genommen). Der Erfolg dieser Versuche war demnach ein dreifacher und, wie man sehen wird, sehr verschiedener. Das „ganze Blut" sammelte sich in den Falten zwischen den Baucheingeweiden und in den abhängigen Beckenpartieen und kam daselbst zur Gerinnung. Ein verhältnissmässig geringer Theil blieb flüssig und wurde noch in den ersten vier Tagen durch etwas Blutserum vermehrt, welches bei der immer festeren Gerinnung der Hauptblutmasse ausgepresst wurde; seine mikroskopische Zusammensetzung entfernte sich durch Zunahme der farblosen und durch Auslaugen der rothen Blutkörperchen immer mehr von der normalen; trotz des hinzukommenden Serums schwand seine Menge erheblich — nach 5—6 Tagen war keine Spur von Flüssigkeit mehr vorhanden. Im Inneren der geronnenen Klumpen sinterten die rothen Zellen zusammen und bildeten amorphe oder krystallinische Pigmentanhäufungen, augenscheinlich ohne Intervention farbloser Zellen. — Die Oberfläche der Blutkuchen wurde mit einer Lage endotelartiger Zellen überzogen, welche in die inneren Schichten vordrangen, Gefässe bildeten und so eine organische Verwachsung mit der Peritonealserosa herbeiführten. Im Verlaufe der Organisation wurde das Fibrin resorbirt und bald sah man nur Pigmentkonkretionen und Hämatoidinrhomben die Stellen der Blutablagerungen kennzeichnen. — Das in die Bauchhöhle injizirte „defibrinirte Blut" verhielt sich ähnlich dem flüssig gebliebenen Antheile des „ganzen" Blutes. Proben, welche von Zeit zu Zeit mit einem gläsernen Kapillarröhrchen aufgesogen wurden, ergaben eine Vermehrung der farblosen Zellen, ein ziemlich rapides Abblassen und Auslaugen der rothen und eine vollständige spurlose Aufsaugung der ganzen Menge durch die Lymphräume des Zwerchfelles und der Mesenterien. In beiden Versuchsreihen verblieb das einmal resorbirte Blut im Gefässapparate und der Effekt glich dem einer Transfusion gleichartigen Blutes vollkommen. Selbst Massen von 90 pro Mille des gesammten Körpergewichtes wurden von den Thieren ohne jegliche Störung ihres Allgemeinbefindens ertragen. — Ein durchaus anderer und differenter Eingriff in die Oekonomie des Organismus wurde dagegen durch Infusion „fremder Blutarten" gesetzt. Durch Mengen von 10 pro Mille des Körpergewichtes brachte Verfasser erhebliche Allgemeinerscheinungen, durch 15 p. M. Kollaps und Tod hervor. Weit rapider als beim defibrinirten Hundeblute ging der Zerfall der rothen Blutkörperchen vor sich; statt aller Anstalten zu einer Organisation und Einverleibung des fremden Agens dokumentirte sich das energische Bestreben des Organismus, die fremden Zellenmassen in toto oder nach vorheriger Zerstörung zu eliminiren. Der Harn enthielt noch Tage lang nach dem Eingriffe freies Hämoglobin. Die farblosen Blutkörperchen gingen durch Fettmetamorphose zu Grunde; lokal entstanden peritonitische Exsudationen, kurz: der Effekt glich in frappanter Weise den Erfahrungen, welche Ponfick's exakte Transfusionsversuche für die Einverleibung fremdartiger Blutmassen direkt in die Blutbahnen ergeben hatten. (Gekrönte Preisschrift der Universität Rostock, 1876; Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, 2. Februar.)

C. Schwalbe hat schon früher Fälle von Heilung kleiner Hernien nach seiner Methode veröffentlicht und fügt diesen nun (in der deutschen mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 45) vier neue Fälle zu, in welchen es sich um grössere Brüche handelt. Diese Methode besteht in der Anwendung subkutaner Einspritzungen von 70% Alkohol in der Gegend der Bruchpforte. Bei vollständig reponirtem Bruche injizirt er gewöhnlich eine Pravaz'sche Spritze voll Alkohol auf einmal in das Unterhautbindegewebe zunächst der Bruchpforte. Die Reaktion besteht meistens nur in einer mässigen entzündlichen Infiltration, so dass nach einigen Tagen das Verfahren wiederholt werden kann. Es wird so bei Leistenhernien z. B. allmählig die Bruchpforte von oben her durch einen Halbkreis von Injektionen umsäumt. Während der Behandlung kann der Patient umhergehen, doch muss er ein Bruchband tragen. In manchen Fällen kommt es zur Eiterung an der Injektionsstelle, und dies hält Schwalbe für so günstig und die definitive Heilung beschleunigend, dass er räth, durch reichlichere und häufigere Einspritzungen Eiterung absichtlich zu erregen, wenn man in der Lage ist, den Kranken darnach entsprechend zu überwachen. — Unter den vier neuen Fällen, welche Verfasser mittheilt, sämmtlich grössere Leistenbrüche, sind zwei vollständig geheilt, die Bruchpforte ist festgeschlossen und sie brauchen kein Bruchband zu tragen, obgleich sie schwer arbeiten. Bei

den beiden anderen war, wie eine spätere Untersuchung ergab, die Bruchpforte verengt, aber nicht geschlossen, so dass zwar kein Austritt von Eingeweiden stattfand, aber doch das Tragen eines Bruchbandes nothwendig war. In diesen Fällen soll die Behandlung wieder aufgenommen werden. Die Zahl der in diesen Fällen gemachten Einspritzungen beträgt 10—18, immer eine bis zwei Spritzen voll auf ein Mal. Wurde nur eine Spritze voll auf ein Mal injizirt, so kam es nicht zur Eiterung. —

Dr. M. Heitler will die Resorption kleiner pleuritischer Exsudate, welche bis zur Mitte der Skapula reichen, der Natur überlassen, während er grössere den ganzen Pleuraraum der einen Seite ausfüllende Ergüsse durch Thorakokentese zu entleeren räth, bei langsamerem Entstehen zwei bis drei Wochen, nachdem das Exsudat stationär geblieben ist, bei stürmischem Ansteigen dagegen möglichst frühe, namentlich wenn eine starke Verdrängung des Herzens erfolgt ist. Zur Ausführung der Punktion empfiehlt er die Reybard'sche Methode und will die Aspiration auf diejenigen Fälle beschränkt wissen, bei welchen die Elastizität des Thorax nicht ausreicht, um die Flüssigkeit auszutreiben. Bei der Behandlung der Empyeme empfiehlt er stets die Eröffnung der Pleurahöhle durch weiten Schnitt. — Im Gegensatze hierzu redet Dr. J. Haddon das Wort einer möglichst frühzeitigen Entleerung des Exsudates, vorzugsweise aus Furcht, dass die bis dahin klare Flüssigkeit eiterig werden könnte, und stellt den Satz auf, dass man den Erguss durch Aspiration entleeren müsse, sobald man sich davon überzeugt habe, dass das Exsudat seinen Höhepunkt erreicht hat und die Resorption zögert. Je früher man operire, desto besser seien nach seinen Erfahrungen die Resultate. Schon einen Tag, nachdem das Exsudat stationär geblieben, soll man nach seiner Empfehlung zum Trokar greifen. Bei Empyemen will er nicht die Inzision angewendet wissen, sondern dieselben vielmehr wie andere Abszesse drainiren, indem er einen Drain durch die Pleurahöhle hindurchlegt. In anderen Fällen von eiterigem Ergusse genügt nach seiner Ansicht die Aufsaugung des Eiters. Er gibt noch eine diagnostische Regel zur Erkennung pleuritischer Ergüsse, welche sich im Verlaufe einer Pneumonie bilden: wenn nämlich im Verlaufe dieser letzteren die abendliche Temperatur niedriger ist als am Morgen oder wenn die gewöhnliche abendliche Temperatursteigerung nicht eintritt, dann ist gewöhnlich eine Pleuritis im Anzuge oder schon vorhanden. Dasselbe soll auch im Verlaufe anderer fieberhafter Krankheiten (Meningitis, Typhus) der Fall sein und auf eine Entzündung der Pleura oder einer anderen serösen Haut hinweisen. (Centralbl. f. d. mediz. Wissenschaften, 1878, 9. Febr.) —

C. Binz theilt in einem polemischen Aufsatze in der deutschen mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 44, einige interessante Beobachtungen Anderer mit, welche die fäulnisswidrige Wirkung des Chinins in helles Licht setzen. Samuelsohn behandelte einen Landmann, der bei der Feldarbeit plötzlich Schmerz in einem Auge bekam. Nach 2 Tagen, als Binz ihn sah, war in der Mitte der Hornhaut ein gelber Fleck, grösser als die Pupille, dessen Ränder ganz scharf gezeichnet waren, aber ohne Schwellungsmarke in das durchsichtige Hornhautgewebe übergingen. Die Oberfläche des gelben Fleckes erschien wie zerfasert. Das Kammerwasser klar und die Iris normal. In die Hornhaut traten keine Gefässe ein, die Konjunktiva war nur mässig injizirt. Das Infiltrat nahm rasch zu, unter dem Mikroskope sah man in den von der Hornhautoberfläche leicht ablösbaren Fetzen Detritusmassen gemischt mit stark lichtbrechenden Körperchen. Als am folgenden Tage die oberflächliche Nekrose fast die ganze Hornhaut befallen hatte, träufelte Samuelsohn, eine Infektion der letzteren mit wuchernden Elementen vermuthend, eine Chininlösung von 1% häufig ein und erzielte sogleich Stillstand und baldigen Rückgang des Prozesses. Die Heilung erfolgte unter Zurücklassung einer kleinen centralen Trübung. — Struck verband ein ulzerirtes, jauchendes Mammakarzinom mit konzentrirten Chininlösungen mit dem Erfolge, dass der allerdings etwas dicke Verband nur einmal wöchentlich gewechselt zu werden brauchte und doch kein übler Geruch entstand. Die Kranke erlag den Geschwulstmetastasen, hatte aber keine septischen Erscheinungen. — Beneke erzielte in sechs Fällen von ausgedehnter Nosokomialgangrän durch täglich 3—4maliges Verbinden mit konzentrirter Chininlösung Heilungen, sogar mit Erhaltung bereits unterminirter Hautlappen.

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 9.

Erlangen, am 2. März 1878

Wöchentlich 1 Bogen von 4 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Wundbehandlung. Resultate aus Untersuchungen der Kehlkopfmuskulatur Phthisischer. Ueber parenchymatöse Keratitis. Die Kalkausscheidung im Harne. Ueber Verrichtungen des Grosshirnes. Zur Verhütung der puerperalen Infektion. Ueber Netzhautablösung. Tayuya gegen Syphilis. Neue Funktion der Leber. Eigenthümliche Fälle von Galaktorrhoe. Das Aufblasen der Urethra zur Erleichterung der Sondirung. Kollodium gegen Ekzem.

Prof. Dr. Dittel hat zum ersten Male in grösserem Massstabe den neuerdings auch von T. Holmes in einer der letzten Nummern von The Lancet dringend geforderten Versuch ausgeführt, chirurgische Kranke derselben Spitalabtheilung pari passu unter gleichen Bedingungen theils nach Lister's antiseptischem Verfahren, theils nach anderen Wundbehandlungsmethoden zu verbinden. Aus der sehr umfangreichen eine grosse Reihe von Tabellen und sehr viele längere Krankheitsgeschichten in sich fassenden Arbeit des Verfassers können wir indessen nur einige der Hauptpunkte hier berühren, das Uebrige der besonderen Beachtung der chirurgischen Spezialisten empfehlend. Als einen Mangel auch der vorliegenden — sonst so ausführlichen — Publikation müssen wir jedoch gleich von vorneherein andeuten, dass Verf. die auf seiner Abtheilung im k. k. allgemeinen Krankenhause zu Wien gleichzeitig nicht nach Lister behandelten Fälle weder hinsichtlich der Zahl noch des Verlaufes und des während dieses benutzten Verbandes eingehend gewürdigt hat. Nur zum Schlusse der Arbeit finden wir eine Zusammenstellung von genau 100 nicht nach Lister verbundenen Operationsfällen, während von den übrigen nicht nach der antiseptischen Methode behandelten Patienten lediglich in ganz allgemein gehaltener Weise gesprochen wird. Die nachstehenden Angaben werden daher spezieller nur die von Dittel nach Lister verbundenen Kranken berücksichtigen können und ist von diesen zunächst auszusagen, dass ihre Zahl 129 (darunter 94 Operirte) betrug und dass dieselben sich über ein volles Beobachtungsjahr, nämlich auf die Zeit vom 15. Nov. 1875 bis zum 15. Nov. 1876 vertheilen. Die Sterblichkeit unter diesen 129 belief sich auf 24 pCt. und unter den Todesarten ist 17 Male die Pyämie verzeichnet. Fast beinahe so hoch ist die Mortalität unter den 94 Operirten, nämlich 23 pCt., und bringt man von diesen sechs Fälle in Abzug, „die von vornherein unter jeder Behandlung als verloren zu betrachten waren, so bleibt noch immer die Mortalität von 17 pCt.“. Zur näheren Würdigung dieser Ziffer stellt Dittel die Ergebnisse von 65 im Jahre 1876 — bis zur Einführung der Lister'schen Methode — auf seiner Abtheilung im k. k. allgemeinen Krankenhause zu Wien verrichteten Operationen mit den eben genannten Resultaten seiner 94 nach Lister nachbehandelten chirurgischen Eingriffe zusammen, doch können wir hierauf nicht näher eingehen, da es sich hier keineswegs immer um identische Operationen handelt, die mit einander verglichen werden. Wichtiger erscheint uns das allgemeine Endergebniss Dittel's, welches er in einer Reihe von kurzen Sätzen formulirt. Aus letzteren entnehmen wir, dass derselbe dem Lister'schen Verbande hinsichtlich seines wohlthätigen Einflusses auf die Blutstillung, auf das Gemeingefühl des Verletzten und auf die Wundreaktion den grössten Vorzug unter den Verbandmethoden einräumt. Eine voll-

ständige Heilung durch erste Vereinigung hat er dagegen nur selten gesehen, öfter eine theilweise. Für gewisse Gewebe scheint ihm der Lister'sche Verband ganz ungeeignet zu sein, z. B. bei Wunden, woselbst Fettlappen von dicken Dimensionen an einander heilen sollen, oder wo „Geschwülste, nachdem sie exstirpirt sind, eine grössere Höhlenwunde im dicken Panniculus adiposus zurücklassen". Als ein zweites Gewebe, für welches Lister's Verfahren sich nicht bewährte, nennt Dittel den Knochen, nämlich bei centralen Leiden desselben. Die speziellen Krankheitsgeschichten ergeben hier, dass derselbe einige einschlägige Fälle Hunderte von Tagen strenge nach Lister verbunden hat, ohne dieselben dadurch wesentlich der Heilung zu nähern. Eben so unglücklich war er — im Gegensatze zu Volkmann — mit der Lister'schen Methode bei komplizirten Knochenbrüchen. Unter 14 derartigen Läsionen, die allerdings mit Ausnahme eines einzigen Falles alle mit erheblichen anderweitigen Verletzungen komplizirt waren, endeten sieben tödtlich, während bei den übrigen sieben nur einmal eine Heilung ohne Amputation gelang. War in diesen oder anderen Fällen einmal die Eiterung eingetreten, so fand er wieder die Wirkungsweise des Lister'schen Verbandes auf Menge und Beschaffenheit des Eiters ausgezeichnet, doch glaubt er hierbei nicht an die Theorie der „Entwässerung" des Eiters, zumal da er einen Fall von hartnäckiger Fistelbildung, die einer ausdauernden Behandlung mit Lister's Verband trotzte, durch das permanente Wasserbad zur Genesung zu bringen vermochte. — Von üblen Nebenwirkungen des Lister'schen Verbandes sah Dittel unter 129 Fällen fünf Mal Ekzem, doch gestaltete sich dieses niemals zu einem universellen Exantheme. Karbolharn scheint er ziemlich oft beobachtet zu haben. Dabei hat er gefunden, dass dieses Symptom häufig trotz Fortsetzung der Verbandmethode spontan schwindet. Dagegen vermisste er in den meisten schweren Fällen, die tödtlich endeten, den Karbolharn selten bis zum letzten Augenblicke und ähnliche Erfahrungen machte er dann, wenn Erysipelas migrans ohne Eiterretention eingetreten war. Erysipelas komplizirte überhaupt von den betreffenden 94 operativen Fällen nicht weniger als 13 und Dittel meint, dass die Rose unter den nach Lister behandelten Fällen nicht seltener sei als sonst, indem die Occlusion des Lister'schen Verbandes Sekretverhaltung und dadurch Rose begünstige. Er ist daher überzeugt, dass Erysipel „z. B. bei offener Wundbehandlung seltener vorgekommen wäre". Dass übrigens die Lister'sche Methode kein Präservativ gegen Pyämie ist, wurde schon gezeigt, doch meint Verf., dass diese Komplikation beim antiseptischen Verfahren seltener sei. Keine Erfahrungen besitzt derselbe über das Verhältniss zwischen Lister'schem Verbande und Spitalbrand, indem dieser sich seit zwei Jahren auf seiner Abtheilung nicht hat blicken lassen. — Ob man den Lister'schen Verband vom Anfange bis zum Ende der Wundbehandlung beibehält, hängt davon ab, ob die Heilung per primam intentionem gelungen ist. In diesem Falle sowie dann, wenn eine Wunde nach misslungener erster Vereinigung und nach einigen Tagen des afebrilen Verlaufes als offene Wunde weiter behandelt werden muss, hat nach Verfassers Anschauung der antiseptische Verband seine Schuldigkeit gethan, dagegen leistet derselbe keine Dienste, wenn die Wunde diphtheritisch oder septisch geworden und trotz Chlorzinkwaschung keinen aseptischen Charakter mehr annimmt. — In der Behandlungsdauer fand Dittel namhafte Unterschiede, zumal bei folgenden Operationen und zwar zu Ungunsten des Lister'schen Verbandes bei Nekrotomieen und Evidement der Knochen; zu Gunsten desselben jedoch bei Kastrationen und Brustdrüsen-Exstirpationen. Die Kosten des Lister'schen Verbandes stellten sich nicht als übertrieben hoch dar, wenn man, wie Verfasser es gethan, in einer Reihe von Fällen nach anderen Methoden verbunden hat. Ebenso ist nach Verfasser der grössere Aufwand an Zeit bei Anwendung der Lister'schen Methode in der Spitalpraxis nicht in besonderen Betracht zu ziehen. — Zum Schlusse widmet derselbe noch einige Worte den Drainageröhren beim Lister'schen Verbande, ihre sorgfältige Ueberwachung empfehlend, damit der Anfänger nicht denke, dass, wenn einmal das Drainrohr eingelegt, es nimmer zur Eiterretention kommen könne. Als seine endliche Ansicht wiederholt er, dass der Lister'sche Verband noch keine Panacée sei. Da aber derselbe „unstreitig in die Reihe der vorzüglichsten Wundbehandlungen gehört, da überdies seine Handhabung mit einer früher nie durchgeführten Disziplin zur Stetigkeit, Pünktlichkeit und Reinlichkeit zwingt, welche für sich schon die Salubrität begünstigt, so ist es, glaube ich, Pflicht eines jeden Chirurgen, diesen Verband gründlich kennen zu lernen,

n zu wissen, wo und wie lange er anzu-
nden sei". — „Die Umständlichkeit, die
stspieligkeit und vor Allem die noch immer
cht erreichte Sicherheit gegen die acciden-
len Wundkrankheiten sind Gründe genug,
s menschliche Forschen und Streben nach
reinfachung und Verbesserung anzuregen
d, wo immer es auftritt, anzuerkennen!"
orgetragen in der k. k. Gesellschaft der
rzte am 13. und 20. April 1877.) —

Die wiederholt gemachte Beobachtung, dass
hthisiker heiser sein können, ohne dass
ryngoskopisch oder post mortem nachweis-
are Veränderungen an den Stimmbändern
estehen, veranlasste den Dr. E. Fränkel,
ie Muskulatur des Kehlkopfes von
hthisikern mikroskopisch zu untersuchen.
s zeigte sich, dass die Kehlkopfmuskeln bei
er Phthisis konstant eine Veränderung er-
eiden, welche in erster Reihe die kontraktile
ubstanz und das Perimysium internum, in
weiter Reihe die Muskelkörperchen be-
rifft, während das Sarkolemma intakt bleibt.
Die Veränderung der kontraktilen Substanz
besteht in einer Atrophie, die verschiedene
Grade zeigt. Im Anfangsstadium erscheint
die kontraktile Substanz durch Querrisse in
Bruchstücke zerlegt, häufig auch vom Sarko-
lemm getrennt, mitunter im Breitendurch-
messer plötzlich abnehmend; in späteren Sta-
dien fängt die Querstreifung an, undeutlich
zu werden, es tritt eine feinkörnige moleku-
läre, zum Theile aus Fett bestehende, Masse
auf, welche an den die Querstreifung noch
zeigenden Stellen dieselbe verdeckt; in noch
höheren Graden besteht der ganze Inhalt des
Muskelbündels nur aus dieser feinkörnigen
granulirten Masse und in den höchsten Gra-
den des atrophischen Prozesses fehlt auch
dieser körnige Inhalt und man findet dann
nichts als leere Sarkolemmschläuche. Die
Veränderungen am Perimysium internum be-
stehen in einer reichlicheren Entwicklung des
dasselbe konstituirenden Bindegewebes und
in einer beträchtlichen Vermehrung seiner
zelligen Elemente. Wo diese Zellenvermehr-
ung sehr auffällig ist, ist auch die Abnahme
in der Breite der Muskelquerschnitte deutlich
erkennbar; die Muskelfasern werden durch
die hochgradige Zellvermehrung mechanisch
komprimirt und atrophiren. — Die beschrie-
benen Veränderungen zeigen sich an allen
Larynxmuskeln. Es erklärt sich auf diese
Weise, dass man intra vitam das mangelhafte
Funktioniren eines bestimmten Muskels laryn-
goskopisch nicht nachweisen kann; es tritt
eben eine Funktionsabschwächung aller Mus-
keln ein, die eine mehr minder stark ausge-
sprochene Heiserkeit zur Folge hat. Was
schliesslich die oben erwähnte Alteration der
Muskelkörperchen betrifft, so findet sie sich
nicht so konstant als die der kontraktilen
Substanz und des Perimysium internum. Die
Alteration der Muskelkörperchen besteht ent-
weder in einer bedeutenden Grössenzunahme
oder — bei gleichbleibender Grösse — in
einer Zunahme der Zahl in einer und der-
selben Muskelfaser. In beiden Fällen aber
ist die Lebensdauer der Muskelkörperchen
nur kurz und bald tritt ein feinkörniger Zer-
fall derselben ein. (Virchow's Archiv Bd. 71
S. 261 ff.) —

E. Raehlmann studirte jene Form der
Hornhaut-Trübung, welche seit Vir-
chow's Beschreibung in der Cellularpatholo-
gie als parenchymatöse Keratitis ge-
führt wird und von welcher schon Virchow
a. a. O. auf v. Graefe's Autorität gestützt
bemerkt, dass sie durch günstigen klinischen
Verlauf und grosse Neigung zur völligen
Restitutio in integrum ausgezeichnet sei. Künst-
lich liess sich diese Keratitis an Kaninchen
durch Reizung der Sklera mittelst eingelegter
Fäden in verschiedenen Graden der Intensität
hervorbringen, deren histologischer Darstell-
ung von der ersten Kernanhäufung durch das
Stadium der pathologischen Vaskularisation
hindurch bis zur Geschwürbildung resp. voll-
kommenen Heilung die vorliegende Arbeit ge-
widmet ist. So sehr sich auch der Verfasser
gegen die Seeschlange der Keratitisfrage ver-
wahrt, so nimmt er doch auf jeder Seite Be-
zug auf die verschiedenen Parteien der Emi-
grations- und der Proliferations-Lehre und
steht insoferne auf einem bisher noch nicht
vertretenen Standpunkte, als er neben der
Auswanderung farbloser Blutzellen eine Wu-
cherung der fixen Hornhautkörperchen zulässt,
nicht nur, wie Eberth, im Stadium der Re-
paration, sondern während der eigentlich ent-
zündlichen Periode selbst. Die parenchyma-
töse Trübung beruht aber nicht lediglich auf
einer Zelleneinwanderung in und zwischen
die Hornhautlamellen, auch das Grundgewebe
quillt auf, geht theilweise unter und wird
durch eine Neubildung ergänzt, deren Ergeb-

niss ein dem ursprünglichen völlig gleiches, durchsichtiges Hornhaut-Parenchym ist. Somit nähert sich diese Keratitis der traumatischen Form und es muss dahingestellt bleiben, mit wie viel Recht Raehlmann die Bezeichnung der parenchymatösen Entzündung für einen Prozess wählt, bei welchem nach seiner eigenen Beschreibung die Proliferationsvorgänge so im Vordergrunde stehen, dass der Name interstitielle Keratitis gewiss vom histologischen Gesichtspunkte aus bezeichnender sein würde. (Archiv f. experim. Pathol. etc., VII S. 464.) —

L. Hirschberg stellte an Rekonvalescenten verschiedenen Alters im Breslauer Allerheiligenspitale, welche gleichmässig ernährt wurden, Untersuchungen über die Kalkausscheidung im Harne (nach bekannter Methode) an und fand bei alten Leuten durchschnittlich geringere 24stündige Kalkmengen als bei jungen. Bei Personen von 41—77 Jahren fand er zwischen 0.104 und 0.51 (als phosphorsauren berechneten) Kalk, dagegen bei solchen von 14—28 Jahre alten zwischen 0.132—1.428 Grm. Bei 12 alten Leuten (69—91 Jahren), welche Zeichen sehr entwickelter Atheromatose darboten, fand sich ein Mal gar kein Kalk und in den übrigen 11 Fällen nur zwischen 0.016 und 0.255 Grm. phosphorsauren Kalk als 24stündige Ausscheidung. Diese geringe Ausfuhr erklärt sich nach Verfasser durch die Infiltration der verschiedenen Gewebe mit Kalk. — Von 3 rhachitischen Kindern entleerte eines im Alter von $1^1/_2$ Jahren 0.066; das zweite, $2^3/_4$ Jahre alt, 0.064 und das dritte, 3 Jahre alt, 0.102 Grm. Diese Mengen hält Hirschberg eher für abnorm vermindert als vermehrt, während Senator das Gegentheil findet mit Rücksicht auf das Körpergewicht, welches leider nicht angegeben ist. Bei Erwachsenen rechnet man nämlich die 24stündige Kalkphosphat-Ausscheidung zu 0.005 pro Kilo Körpergewicht. — Mit Rücksicht auf die Experimente von Cohnheim und Maas, welche die Fähigkeit des Organismus, in den Gefässen neugebildetes Knochengewebe zur Resorption zu bringen, nachgewiesen haben, brachte Hirschberg genau gewogene Marmorstückchen in die Gefässe (Arterien oder Venen) von Thieren und fand, wenn nach mehreren Wochen die Thiere getödtet wurden, eine merkliche Gewichtsabnahme jener Marmor-Emboli. (Breslauer Inaugural-Dissertation, 1877.) —

Einer Arbeit von Fr. Goltz (unter Mitwirkung von Dr. E. Gergens) über die Verrichtungen des Grosshirnes (in Pflüger's Archiv XIII. S. 1, 2. Abth. das S. 412) entnehmen wir das Nachfolgende: Um unter möglichst günstigen Bedingungen beliebig grosse Zerstörungen des Gehirnes ausführen zu können, bohrt Gergens in der Schädel von Hunden Trepanlöcher, durch die er in die Hirnhöhle eine Kanüle einführt, welche mit ihrem Wasserstrahle das Gehirn kraterförmig durchwühlt und in grösserer oder geringerer Ausdehnung zerstört. Nach der Anzahl der angelegten Trepanöffnungen bemisst sich die Grösse der im Grosshirn angerichteten Verwüstungen. Die Folgen dieser Zerstörungen sind nun nachstehende: 1) Sensibilitätsstörungen auf der der Verletzung gegenüberliegenden Körperhälfte. Sei die linke Gehirnhälfte zerstört, so beobachtet man nach dem Erwachen des Hundes aus dem Chloroformrausche eine Herabsetzung der Empfindung auf der rechten Seite, die sich deutlich darin ausspricht, dass, um Schmerzensäusserungen hervorzurufen, die Belastung der linken Vorderpfote mit 4000 Grm. ausreicht, während auf die rechte 10,000 Grm. aufgelegt werden müssen. Diese Herabsetzung der Empfindungsfähigkeit pflegt sich häufig schon nach einem Tage wieder abzustumpfen, ohne indess völlig zu verschwinden. Damit verbunden ist eine Alteration der Tastempfindung, denn der Hund tritt mit seiner rechten Hinterpfote in seinen Wassernapf, gleitet beim Heruntersteigen der Treppe häufig aus und stürzt vom Tische herab, wenn er nahe der Kante zu marschiren gezwungen wird. 2) Sehstörungen auf der entgegengesetzten Seite, deren Charakter wesentlich darin besteht, dass die Hunde zunächst zwar vollständig erblinden, aber schon nach 2—3 Tagen wieder Gesichtswahrnehmungen besitzen, da sie Hindernissen aus dem Wege gehen; doch vermögen sie die ihnen vorgeworfenen Fleischstücke nicht aufzufangen oder zu finden. Die Erklärung dieser Störung siehe im Originale. 3) Bewegungsstörungen, welche als vorübergehende und bleibende unterschieden werden müssen. Die ersteren sind auch schon von früheren Autoren beschrieben worden und bestehen in Reitbahnbewegung, in dem Auftreten mit dem Fussrücken und in dem Nachschleppen des Hinterfusses. Diese Störungen sind wahrscheinlich nur Folge des gestörten Muskelbewusstseins. Die bleibenden Störungen bestehen darin, dass die links operirten Hunde

it der rechten Pfote ausgleiten und, obgleich e es früher gelernt hatten, immer nur die nke Pfote reichen statt der rechten, welche erlangt wird. Diese letzteren Störungen wer- en als direkte motorische betrachtet. — Die erfasser folgern, dass die vorübergehenden ewegungsstörungen durch eine Hemmung ervorgerufen werden, welche von der Hirn- unde auf die im Kleinhirne und seinen Ver- indungen gelegenen Bewegungscentren aus- eübt wird (Hemmungserscheinungen); nach einiger Zeit hört die Hemmung auf und jene Centren nehmen dann ihre Thätigkeit wieder auf. Die bleibenden Störungen sind aus- schliesslich als direkte Folge der Hirnläsion zu betrachten (Ausfallserscheinungen). — In einer zweiten Abhandlung theilen die Verf. die Resultate von Versuchen mit, in welchen beide Halbkugeln des Grosshirnes gleichzeitig mit dem Wasserstrahle durchspült worden waren. Die Aufmerksamkeit der Beobachter richtete sich namentlich auf die Ausfalls- erscheinungen. Es fanden sich 1) eine dop- pelseitige Sensibilitätsstörung derselben Art wie sie oben einseitig vorhanden gewesen ist; 2) doppelseitige Sehstörung, welche nach Ver- lauf von Wochen sich so weit zurückgebildet hatte, dass der operirte Hund den Hinder- nissen auszuweichen wusste, dagegen niemals Fleisch auf die Entfernung erkannte. War die Verwüstung im Gehirne nicht zu gross, so konnte der Hund nach Wochen einem vor- gesetzten Brette ausweichen, rannte aber in ein ihm in den Weg gestelltes Drahtgitter. Dagegen konnten in keinem Falle Gehörs- störungen beobachtet werden, während eine Alteration des Riechvermögens nicht sicher zu ermitteln war und eine einwurfsfreie Un- tersuchung des Schmecksinnes bisher nicht vorgenommen worden war. 3) Bewegungs- störungen, welche vollkommen denen nach einseitiger Hirnläsion gleichen, nur dass sie eben doppelseitig vorhanden sind. Endlich ist an diesen Hunden ein mangelhaftes Orts- findungsvermögen konstatirt worden: werden z. B. entsprechend operirten Hunden belästi- gende Drahtklemmen irgendwo am Körper befestigt, so sind sie nicht im Stande, nach Art gesunder Hunde dieselben aufzufinden und zu entfernen. Den Geschlechtstrieb haben Hunde mit mässiger Zerstörung beider Hirn- hälften nicht verloren; wohl aber solche, bei welchen die Zerstörung grössere Dimensionen angenommen hatte. Ebenso hatten doppel- seitig operirte Hündinnen das Verständniss für ihre Jungen verloren. Die Verf. schliessen, dass ihre Versuche nicht geeignet sind, die Hypothese von der Lokalisation verschiedener Funktionen an räumlich getrennten und distinkten Stellen der grauen Hirnrinde zu stützen.

Die viel diskutirte Frage über die Ver- hütung der puerperalen Infektion hat besonders in der letzten Zeit zahlreiche Ar- beiten entstehen lassen, welche zum Theile versuchten, die antiseptischen Wundprinzipien Lister's auch auf das Wochenbett zu über- tragen. Zu welchen Massregeln schliesslich das Extrem derartiger Bestrebungen führt, glaubt Prof. Zweifel zu Erlangen durch Schücking's Publikation („Wie ist eine streng antiseptische Behandlung des Wochen- bettes einzurichten?") gezeigt zu haben; mit Recht bezeichnet er die permanente Drainage und alle nicht indizirten „prophylaktischen" Uterusausspülungen als Quälerei der Wöchner- innen. Die Wunden im Uterus verhalten sich anders als die einfachen den Chirurgen zur Be- handlung kommenden. Verf. hat zu Erlangen in anderthalb Jahren 184 Entbindungen in seiner Anstalt ohne Todesfall gehabt. Dies günstige Resultat führt er zum Theile darauf zurück, dass die Verhältnisse in einer klei- neren Entbindungsanstalt sich dem günstigen der Privatpraxis nähern, zum wesentlichen Theile aber auf seine wirklich prophylakti- schen Grundsätze. Er hält nämlich auf rigo- röse Reinigung der Hände aller Jener, welche Schwangere und Kreissende untersuchen, und zwar muss vor jeder einzelnen Untersuchung eine erneute Desinfektion eintreten. Aus dem Karbolwasser soll der untersuchende beölte Finger direkt in die Scheide eingeführt wer- den. Dann hält er die Desinfektion der Räume, in welchen Kreissende liegen, für sehr wichtig und gebraucht hierzu Schwefelräucher- ungen (4 Grm. auf 1 Kubikmeter Zimmer- inhalt). Bei Geburten, bei welchen der Ge- burtshelfer in die Gebärmutter eingegangen ist etc., macht er Ausspülung derselben mit mehreren Litern frischen Wassers. Im Wochen- bette will er in erster Linie die äusseren Ge- schlechtstheile beobachtet wissen und bei ein- tretender Indikation diese mit Salicylamylum (nach Fehling) bestreuen, oder Vaginal- einspritzungen, oder bei weiteren Indikationen Uterusinjektionen machen. Zweifel hebt ferner hervor, dass auch Spiegelberg bei ähnlichem Verfahren unter 900 Geburten 0.5% Mortalität hatte. Die Erlanger Morbidität ist

bei Verfassers Methode 15% gewesen (Berl. klin. Wochenschr., 1878, Nr. 1.) —

Trotz der grossen Häufigkeit der Netzhautablösung wurde die von v. Graefe empfohlene Punktion der abgelösten Netzhaut in den letzten Jahren nur mehr ausnahmsweise vorgenommen. Das von Wecker empfohlene Drainageverfahren lieferte bisher wohl einige günstige Resultate, aber es wurde auch ein sehr schlimmes Ergebniss desselben bekannt. Hirschberg versuchte desshalb die Behandlung der Netzhautablösung durch das Verfahren der einfachen Skleralpunktion, welches Alfred Graefe empfiehlt. Die Resultate waren überaus befriedigende. In einem Falle, in welchem die in Rede stehende Affektion wahrscheinlich seit drei Monaten bestand und in welchem nur excentrisch nach aussen, nach unten und nach aussen-unten Finger auf einen Fuss weit erkannt wurden, sah schon sechs Tage nach der Operation das Auge absolut normal aus und war die Ablösung ophthalmoskopisch nicht mehr nachweisbar. Acht Tage nach der Operation wurde Sn. $3^1/_2$ auf 6 Zoll weit gelesen und war das Gesichtsfeld fast normal. Acht Wochen nach derselben war ophthalmoskopisch keine Spur von Netzhautablösung wahrnehmbar und wurde Sn. $2^1/_2$ in fünf Zoll Weite gelesen. Die Spannung beider Augen war gleich. — In einem zweiten Falle hatte die Ablösung zur Zeit der Operation $^3/_4$ Jahre bestanden. Finger wurden excentrisch nach aussen auf 6 Fuss Entfernung erkannt. Fünf Tage nach der Operation erkannte das Auge Sn. 200 auf 12 Fuss und mit + 6 Sn. $3^1/_2$ auf 5 Zoll und war das Gesichtsfeld sehr erweitert. Vier Wochen nach der Operation war die Sehschärfe, das Gesichtsfeld und das Anhängen der Netzhaut noch erhalten. (Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, Dez., 1877.) — In der deutschen mediz. Wochenschrift, 1877, Nr. 32, empfiehlt Dr. Cohn die Augendrainage bei Netzhautablösung: Bei einem 19jährigen Mädchen mit blasenförmiger Netzhautablösung verschwand diese letztere unmittelbar nach der Operation. Sieben Tage später war das Gesichtsfeld fast normal und wurde Sn. 1 in 10 Ctm. gelesen. Nach sieben Wochen zeigte sich wieder flache Ablösung in geringerem Grade als sie anfangs bestanden hatte. — In einem zweiten Falle nahm die Operation keinen Einfluss auf die Erkrankung. In einem dritten Falle wurde die Ablösung gebessert, in einem vierten Falle wurde eine hochgradige 8 Monate alte Abhebung durch die Operation beseitigt, um nach 8 Tagen wiederzukehren, und endlich in einem fünften Falle wurde eine fünf Monate alte Ablösung beseitigt, die Sehschärfe gebessert und das Gesichtsfeld normalisirt. — Auch Just machte bei einer 30jährigen Frau wegen einer ganz frisch entstandenen Netzhautablösung im myopischen Auge die Drainage. Der Faden wurde bei der Operation aus dem Auge wieder ausgezogen und wurde dieselbe erst bei einem zwei Tage später vorgenommenen Versuche glücklich zu Ende geführt. Schon am Abende traten Schmerzen und Schwellung der Conjunctiva bulbi ein; am anderen Morgen war schon das Bild der eiterigen Chorioiditis ausgesprochen. Bedenkt man, dass früher zur Erregung von Panophthalmitis Sonden in's Auge eingelegt wurden, so hat der Ausgang jener Operation gewiss nichts Auffallendes. — Dagegen wendet Galezowski bei progressiven Formen von Netzhautablösung die Aspiration mittelst einer kleinen Spritze an. Unter sechs Fällen blieben zwei unverändert, weil in ihnen die Aufsaugung der Flüssigkeit nicht gelang; vier Mal trat bedeutende Besserung, ja nahezu völlige Genesung ein. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1878, Nr. 6.) —

Prof. Dr. Herrmann Zeissl hat mit der bei einzelnen indianischen Völkerstämmen als Specificum gegen Syphilis in hohem Ansehen stehenden aus Brasilien stammenden Tayuya auf Faraoni's Empfehlung Versuche angestellt. Zunächst wurde zwei Kranken, einem männlichen und einem weiblichen, welche beide mit einer syphilitischen Initialsklerose und einem Erythema maculo-papulatum behaftet und noch nie einer antisyphilitischen Kur unterzogen worden waren, täglich Morgens und Abends anfangs je 8, später je 10 Tropfen verabreicht. Bei diesen Kranken wurden dieselbe Diät und dasselbe Regime beobachtet wie bei den anderen luetischen Kranken der Abtheilung. Weder somatische noch psychische funktionelle Störungen waren wahrzunehmen. Zu Anfang der fünften Woche seit dem Gebrauche der Tayuya-Tinktur blassten die Efflorescenzen auf der allgemeinen Decke ab und waren nach Verlauf von kaum drei Monaten sammt der Sklerose derartig involvirt, dass die Patienten als geheilt entlassen werden konnten. Alsdann

wurden noch drei gleiche Patienten der gleichen Behandlung mit dem gleichen Erfolge unterworfen. Zeissl kann nach diesen Versuchen nicht mit Bestimmtheit sich dahin aussprechen, dass die Tayuya-Tinktur die Syphilis zur Heilung bringe, da er zur Genüge erfahren hat, dass die Frühformen dieser Krankheit durch zweckmässiges Verhalten ohne jedes Medikament nach Verlauf von drei Monaten zu schwinden pflegen; das jedoch kann er schon jetzt mit aller Sicherheit behaupten, dass die Tayuya von gar keinem schädlichen Einflusse auf den Organismus der Syphiliskranken ist und dass er dieselbe einer frühzeitigen Quecksilberbehandlung im Allgemeinen entschieden vorzieht. Wie sich das Medikament aber den Spätformen der Syphilis, Infiltrationen und Ulzerationen gegenüber verhält, bleibt noch zu prüfen und wird Verf. hierüber sowie über die mit Tayuya vorgenommenen hypodermatischen Injektionen später berichten. (Allg. Wiener med. Zeitung, 1878, Nr. 3.) —

Prof. Schiff und Dr. Lautenbach bringen eine neue Funktion der Leber zur allgemeinen Kenntniss und wurden die 283 Versuche, welche die Grundlage der betreffenden Arbeit bilden, von Letzterem im Laboratorium des Ersteren unter dessen Leitung ausgeführt. Man weiss, dass die Ligatur der Pfortader bei einem Thiere einen Zustand hervorruft, welcher demjenigen durch Morphin hervorgebrachten ähnlich ist; Empfindlichkeit beim Berühren und verminderte Schmerzempfindung, verlangsamter Puls, Blutdruck im arteriellen Systeme erst erhöht, dann vermindert, langsame stertoröse Respiration, worauf das Thier ohne Konvulsionen stirbt. Hunde widerstehen ungefähr vier Stunden, Katzen und Kaninchen erliegen rascher. Zur Erklärung dieses Phänomens wird in vorliegender Arbeit eine neue Hypothese vorgeschlagen. Manche Thiere produziren nämlich unter normalen Verhältnissen in ihrem Organismus ein mächtiges Gift, welches durch spezielle Drüsen eliminirt wird; bei anderen, wie beim Hunde und der Katze, bildet sich ein Gift unter pathologischen Verhältnissen wie bei der Hydrophobie. Es ist möglich, dass sich im Organismus aller Thiere ein Gift bildet und dass dieselben etwa durch Selbstinfektion zu Grunde gingen, wenn sie nicht mit einem Organe versehen wären, in welchem dieses Gift zerstört wird. Das Organ, welchem diese Funktion zukommt, ist die Leber und die Erscheinungen, welche durch die Unterbindung der Pfortader entstehen, haben ihren Grund in einer Anhäufung der toxischen Produkte im Blute; das Blut eines Hundes, welcher nach der Ligatur starb, wurde 34 Fröschen injizirt; alle boten Erscheinungen ähnlich denen bei den Hunden und gingen nach drei Stunden zu Grunde. — Um zu konstatiren, ob die Leber, welche das im Organismus erzeugte toxische Prinzip zerstört, diese Wirkung auch auf andere Gifte ausübt, führte Lautenbach folgenden Versuch aus: er bestimmte die Dosis des Nikotins, welche in den allgemeinen Kreislauf injizirt hinreicht, einen grossen Hund zu tödten; dieselbe Dosis, in den Dünndarm und in die mesenterischen Venen anderer Hunde injizirt, ruft nur schwache Vergiftungssymptome hervor, welche bald schwinden; eine doppelte Dosis ist nicht hinreichend, einen Hund zu tödten, wenn das Gift, bevor es in den allgemeinen Kreislauf übergeht, zuerst die Leber passirt; ein Hund, dessen Pfortader unterbunden ist, unterliegt einer fünf Mal schwächeren Injektion. — Eine weitere Reihe von Experimenten zeigte, dass der innige Kontakt der Lebersubstanz mit dem Nikotin hinreicht, um dasselbe seiner giftigen Eigenschaften zu berauben. Wenn man die Leber eines Kaninchens mit 10 CC. Wasser und einer dreifachen Dosis von Nikotin injizirt und die erhaltene Flüssigkeit in das subkutane Zellgewebe eines Hundes injizirt, so beobachtet man bloss einige Vergiftungserscheinungen und das Thier erholt sich bald, während man, wenn man die Maceration mit einem anderen Organe, z. B. der Niere, macht, alle Vergiftungserscheinungen mit raschem Tode enden sieht. (Gaz. méd. de Paris, 1877, Nr. 51.) —

Im vergangenen Sommer hatte Dr. L. Prochownick zu Hamburg Gelegenheit, zwei Fälle von Galaktorrhoe kurz hintereinander zu behandeln, deren Eigenthümlichkeit ihn zur Veröffentlichung derselben im Centralblatt f. Gynäkologie 1878 Nr. 1 veranlasste. In beiden Fällen handelte es sich um Frauen in den ersten zwanziger Jahren (21½ u. 23), welche zum ersten Male völlig normal mit ausgetragenen Kindern niedergekommen waren. Beide Frauen waren völlig gesund, ohne erbliche Anlage zu konstitutionellen Krankheiten. Beider Kinder waren kräftig, sogen von Anfang an gut und gediehen zusehends, wie

und primär-lymphatische Leukämie, und darum verwirft er mit Ponfick die Bezeichnung „myelogen". Als Beispiele führt er zwei Fälle sogenannter lienal-medullarer Leukämie aus der Literatur an, in welchen die Milz primär und das Knochenmark erst sekundär betheiligt zu sein schien. 4) Analog einem Ponfick'schen Falle gingen auch im fraglichen Falle Milz- und Knochen-Erkrankung nicht parallel neben einander her, sondern es wurde bei bereits begonnener Abnahme der Milz noch ein Fortschreiten des hyperplastischen Prozesses an den Rippen wahrgenommen. 5) Was die Alteration des Blutes anlangt, so ergaben die von Budge und Schultz vorgenommenen Untersuchungen Folgendes: Das Verhältniss der rothen zu den weissen Blutkörperchen war Anfangs 3:2; nach mehrmonatlicher Spitalbehandlung 9:1. Mikroskopisch sah man a) leicht an einander klebende rothe Blutkörperchen; b) gewöhnliche kleinere und grössere weisse Blutkörperchen und ausserdem zahlreiche überaus grosse runde Zellen, welche neben einem oder mehreren Kernen kleine, stark lichtbrechende, sich bei Einwirkung von Aether, Chloroform und Ueberosmiumsäure als Fettkörnchen erweisende Elemente enthielten; c) kleine, im Blute aufgeschwemmte, ebenfalls als Fettgebilde aufzufassende Elementarkörperchen. Die unter b) genannten grossen Zellen glichen völlig den Fettkörnchenzellen des Knochenmarkes und Verfasser betrachtet dieselben, welche er nie früher im leukämischen Blute in solcher Zahl gesehen zu haben meint, als von dem Knochenmarke exportirt und charakteristisch für die medullare Leukämie. Die von Neumann als pathognomisch angenommenen Uebergangszellen (kernhaltige Blutzellen) konnte er ebensowenig finden wie Ponfick. — 6) Die Erkrankung des Knochenmarkes wurde in diesem Falle zum ersten Male bereits bei Lebzeiten des Patienten sicher konstatirt, indem von Dr. Vogt mittelst Tirefond an einer der am meisten veränderten Stellen des Brustbeines eine Exploration vorgenommen wurde. Das Instrument drang sehr leicht in die erweichte Knochenmasse ein und liess sich wie in einem Hohlraume darin hin und her bewegen. Die hervorgeholte blutig tingirte Masse zeigte jene grossen weissen Zellen, daneben spärliche rothe Körperchen und Fetttropfen. 7) Was die Symptomatologie der Leukämie betrifft, so liessen sich auch hier zwei Stadien der Erkrankung unterscheiden: das der Vorboten und Entwicklung im primär affizirten Organe und im Blute, welches 6—7 Jahre dauerte, und dasjenige der Verbreitung auf andere Organe und der Kachexie. Die Milz war bedeutend, Leber und Drüsen der Inguinalgegend waren weniger vergrössert. Ausserdem war noch mässige Anämie und Dyspnoe vorhanden, gar kein Fieber. 8) Der Therapie wendet Mosler besondere Aufmerksamkeit zu. Eine von Prof. Hüter vorgenommene Transfusion — 210 Grm. defibrinirtes Menschenblut wurden in die Arteria radialis sinistra gebracht und 200 Grm. der Vena mediana dextra entnommen — ergab ein ziemlich ungünstiges Resultat, da sich aus der einen Wunde öftere Nachblutungen — Zeichen eintretender hämorrhagischer Diathese — einstellten und den Patienten sehr herunterbrachten. Dagegen trat bei einer mehrmonatlichen täglich zwei Mal vorgenommenen Faradisation der Milzgegend und nach Darreichung von Piperin in Verbindung mit Oleum Eucalypti und Chinin. muriat. (je 5, 4, 2 Grm. mit 6 Grm. Cer. alb. zu 100 Pillen verarbeitet, davon 3 Mal tgl. 3 Stück) deutliche und andauernde Besserung ein. Als sonst noch bei medullarer Leukämie anzuwendende therapeutische Massnahmen empfiehlt Mosler die parenchymatöse Injektion von Karbolsäure, die subkutane Anwendung des amorphen salzsauren Chinin und die kalte Douche auf die Milzgegend. Eucalyptus globulus und Piperin sind nach Versuchen, welche von Dr. Soenderup, Dr. Boeckmann und Mosler an Thieren vorgenommen wurden, mehr als milzverkleinernde denn als fieberherabsetzende Mittel anzusehen. Indem sich nach Verabreichung derselben die blossgelegte Milz in allen Dimensionen verkleinerte, wurde sie zugleich höckerig und fester. (Schmidt's Jahrb. der gesammten Medizin, 1877, Nr. 12.)

In einer Abhandlung „über Sprengung der Fruchtblase mit Bezugnahme auf den vorzeitigen Abgang des Fruchtwassers" (im Archiv f. Gynäkol. XII. 1. 1877) unterzieht Prof. Alois Valenta seine früheren diesbezüglichen Angaben einer erneuten Prüfung. Das von ihm hiezu benutzte Beobachtungsmaterial umfasst 2600 Geburten und bei 487 derselben wurde die Fruchtblase gesprengt. Die Indikation hierzu gaben folgende Zustände: 1) zähe Eihäute (76.2 pCt.), 2) Wehenschwäche (15 pCt.), 3) Hydramnios (4.3 pCt.), 4) mehrfache Schwan-

gerschaft (1.8 pCt.), 5) Blutung (1.1 pCt.), 6) Vornahme der Wendung (1.0 pCt.), 7) künstliche Frühgeburt (0.4 pCt.) und 8) Lageabweichung (0.2 pCt.). Im Allgemeinen betrachtet Valenta die Sprengung der Blase hauptsächlich als ein die Geburt beschleunigendes Mittel. Die Resultate aus den von ihm zusammengestellten Tabellen, welche er selbst in seinen Aphorismen über den Fruchtblasensprung mitgetheilt hat, sind folgende: 1) Bei Erstgebärenden tritt die Nothwendigkeit des Sprengens der Eihäute häufiger ein als bei Mehrgebärenden, bei ersteren in 22.5 und bei letzteren in 14.5 pCt. der Fälle. 2) Mit der Zahl der vorhergegangenen Geburten nimmt der normale, d. h. der durch die Naturkräfte zur rechten Zeit bewirkte Blasensprung an Häufigkeit zu. 3) Der Blasensprung wird bei Zwillingsgeburten am häufigsten und bei vorzeitigen Geburten am seltensten nothwendig. 4) Bei Knabengeburten ist die Sprengung der Eihäute häufiger nothwendig als bei Mädchengeburten, da die männlichen Eier derber sind als die weiblichen. 5) In Bezug auf die Nothwendigkeit des Blasensprengens bei den verschiedenen Kindeslagen ergibt sich aus den Beobachtungen des Verfassers, dass bei Schädellagen die Blasensprengung am seltensten erforderlich wird. Ferner geht aus der tabellarischen Zusammenstellung hervor, dass bei Gesichtslagen am häufigsten, bei Querlagen dagegen am seltensten der normale Blasensprung erfolgt. 6) Die Sprengung der Blase wurde am häufigsten in der Schamspalte, dann zunächst bei verstrichenem Muttermunde und nahezu gleich häufig bei der Muttermundsweite von 2.5 bis 8 Ctm. vorgenommen. Bei Erstgebärenden wurde die Sprengung am häufigsten in der Schamspalte ausgeführt, da bei denselben das Ei widerstandsfähiger ist. Mit der Zahl der früheren Geburten nimmt Derbheit und Zähigkeit der Wandungen des Eies ab, die Nachgibigkeit der Genitalien aber zu, desshalb wird die Sprengung der Blase auch bei Mehrgebärenden am häufigsten in der Schamspalte nöthig. Sieht man von der Blasensprengung in der Schamspalte ab, so ist dieselbe bis zum normalen Ende der Eröffnungsperiode überhaupt selten (4.4 pCt.). 7) In Anbetracht des Alters geht aus der Tabelle hervor, dass die Sprengung der Blase bei Erstgebärenden mit Zunahme der Jahre immer seltener nothwendig wird, bei Mehrgebärenden dagegen in dem Alter von 15 — 20 Jahren am häufigsten und im Alter von 21 — 25 Jahren am seltensten ist. Ferner ergibt sich aus den weiteren Zusammenstellungen, dass der normale Blasensprung bei Erstgebärenden im Alter von 36 bis 40 und bei Mehrgebärenden in den Jahren 15 bis 20 am seltensten eintritt. Im Allgemeinen aber, d. h. bei sämmtlichen Gebärenden, nimmt mit der Zunahme der Jahre auch die Häufigkeit des normalen Blasensprunges unbedingt zu. 8) Die Geburtsdauer von der erfolgten Sprengung der Blase bis zur Austossung des Kindes war im Allgemeinen sehr kurz, wodurch der oben aufgestellte Satz, dass die Blasensprengung ein gutes geburtsbeschleunigendes Mittel sei, bestätigt wird. 9) Bezüglich des Einflusses, welchen diese Operation auf Mutter und Kind ausübt, lehrt die Erfahrung, dass sie für erstere keine schädliche Wirkung hat, für letzteres aber, wenn zur rechten Zeit ausgeführt, von grossem Vortheile sein kann. Eigenthümlich ist übrigens die Beobachtung, dass von den nach der Blasensprengung scheintodt geborenen Kindern niemals eines belebt werden konnte; in diesen Fällen wurde offenbar die in Rede stehende Operation zu spät ausgeführt. 10) Als besonders bemerkenswerth hebt Valenta noch hervor, dass bei Geburten macerirter Früchte die Eihäute häufig gesprengt werden müssen; bei solchen Früchten kommt öfter der sogenannte polypenförmige Vorfall der Fruchtblase vor, über welchen noch wenig bekannt ist. 11) Endlich geht aus den weiteren Beobachtungen hervor, dass, wenn immer der künstliche Blasensprung ausgeführt worden war, ein weiterer operativer Eingriff zur Beendigung der Geburt nur in seltenen Fällen nöthig wurde. —

Zur Theorie des Vesikulärathmens berichtet Prof. T. Halbertsma in Utrecht im Centralblatte für die mediz. Wissenschaften 15. Jahrg. S. 691 Folgendes: „Nach dem Erscheinen des „„Experimentellen Beitrags u. s. w.““ von Baas im deutschen Archiv f. klin. Med. 1872 sind weder Guttmann, noch Gerhardt und Talma der Baas'schen Erklärung des vesikulären Athmens beigetreten. Nur in den Experimenten von Penzoldt*) hat seine Erklärung eine Bestätigung gefunden. Daraus folgt aber nur dies,

*) Man vergl. S. 182 des vorigen Bandes der „mediz. Neuigkeiten“.

dass das Vesikulärathmen ein fortgesetztes Geräusch sein kann: die Möglichkeit ihres autochthonen Entstehens ist dadurch nicht ausgeschlossen. — Durch folgende Experimente scheint mir der Beweis geliefert zu werden, dass das Vesikulärathmen durch Reibung in den feinsten Bronchien und Lungenbläschen nicht entstehen kann. So weit mir bekannt, ist bis jetzt das Minimum der Stromgeschwindigkeit, bei welcher in Röhren beim Durchströmen von Gasen Geräusche gehört werden, noch nicht bestimmt worden. Desshalb wurden die folgenden Experimente von mir vorgenommen. Ich liess Leuchtgas durch Kautschukröhren strömen. Die Stromgeschwindigkeit wurde bestimmt durch einen Gasometer, der die Stromgeschwindigkeit in einer Sekunde direkt angab. Nun war das Minimum der Stromgeschwindigkeit, bei welcher in Röhren von überall gleichem Durchmesser ein Geräusch gehört wurde, 1200 Mm. in der Sekunde. — In einem Rohre von 8 Mm. Durchmesser wurde erst bei 1000 Mm. ein Geräusch gehört an der Stelle, wo das Rohr bis auf 6 Mm. verengt wurde, bei 1100 Mm. an der Theilungsstelle eines Rohrs, ebenfalls von 8 Mm. Durchmesser, das in zwei Röhren von 6 Mm. auslief. — Die von mir benutzten Röhren waren innen ziemlich rauh. Aus dem, was wir von den Geräuschen wissen, die durch Flüssigkeiten entstehen, dürfen wir gewiss schliessen, dass bei innen glatten Wänden die Stromgeschwindigkeit noch grösser sein muss, um ein Geräusch entstehen zu lassen. — Erwägt man nun, dass die Stromgeschwindigkeit der Luft in den beiden Bronchien nicht mehr beträgt als 700 Mm. in der Sekunde, dass die Zahl der Lungenbläschen auf 1800 Millionen geschätzt wird und desshalb die Stromgeschwindigkeit in den feinsten Bronchien und Lungenbläschen unendlich klein sein muss, dann kann man gewiss schliessen, dass die Stromgeschwindigkeit viel zu gering ist, um ein Geräusch entstehen zu lassen. — Auch physiologische Beobachtungen bestätigen durchaus die Erklärung von Baas. — Ich habe gesunde männliche Individuen auskultirt vor, in und nach den Pubertätsjahren, resp. vor, während und nach der Entwicklung des Larynx. Man findet dann, dass das Geräusch ganz abhängig ist von dem Bau des Larynx. Das puerile Athmen hat ganz aufgehört, wenn die Männerstimme sich hören lässt, da, wo früher sehr deutliches pueriles Athmen zu hören war. Die Erklärungen Laennec's und Gerhardt's von dem puerilen Athmen können gewiss nicht befriedigen. Eine stärkere Retraktionsfähigkeit des Lungengewebes ist ganz hypothetisch und Niemand wird wohl mehr die Erklärung Laennec's annehmen. Leitet man das Vesikulärathmen vom Larynx her, dann ist das eigenthümliche puerile Athmen leicht durch die grössere Enge des Larynx zu erklären. Man steht dann auf positivem anatomischen Boden. — Meine Beobachtungen lehren weiter, dass man gewöhnlich nicht bloss zwei Arten von Geräuschen, Vesikulärathmen und Bronchialathmen, unterscheiden kann, sondern mehrere. Zwischen dem Bronchialathmen, das an der Trachea gehört wird und dem Vesikulärathmen, das an den unteren Lungenabschnitten am charakteristischsten gehört wird, findet man an dem oberen Theile der Lunge gewöhnlich Uebergänge. Besonders bei weiblichen Individuen hat das Geräusch an den oberen Lungenabschnitten nicht selten einen puerilen Charakter".

Folgenden Fall von Fünflingsgeburt erzählt Dr. J. Szauer in der Wiener mediz. Presse 18. Jahrg. S. 1608: „Frau Marie M., Gattin des Arsenalsuntermeisters Jakob M., eine kräftig gebaute, blondhaarige, 40jährige Frau, hat bereits 9 Mal geboren. Die Geburten verliefen stets normal; auch die Kinder waren immer gut entwickelt. Ueberdies hatte die Frau 4 Mal abortirt und zwar stets im 3. Monat der respektiven Schwangerschaft. Nicht zufrieden mit dieser bereits sehr rühmlichen Thätigkeit, gelang es der genannten Frau, heuer abermals schwanger zu werden. Am 8. November v. J., Morgens 9 Uhr, traten bei der im 5. Monate der Schwangerschaft befindlichen Frau, ohne besonders nachweisbare Ursache, will man nicht heftige Zahnschmerzen als solche gelten lassen, vorzeitige Wehen ein, die, während des Tages immer schwächer werdend, Abends 10 Uhr ganz aufhörten. Um dieselben wieder hervorzurufen und der von Schmerzen gepeinigten Frau Erleichterung zu verschaffen, wurde dieselbe über ein Dunstbad gesetzt, welches von eklatantem Erfolge begleitet war. Nach viertelstündiger Einwirkung des Wasserdunstes gebar die Frau ein todtes Kind; diesem folgten in kurzen Pausen von wenigen Minuten vier andere noch lebende Kinder, welche aber sämmtlich nach 5 Minuten verschieden. Im Ganzen also fünf Kinder: vier Knaben und ein Mädchen; das erste war 22 Centimeter,

die übrigen 20 Ctm. lang; alle der Schwangerschaftsdauer von 5 Monaten entsprechend gut entwickelt. Das erste Kind, ein Knabe, hatte am rechten Scheitelwandbein eine silbergulden-grosse Kontusion. Jedes Kind hatte seine eigene Placenta, welche sofort ohne Anstand zum Vorschein kam, nur die letzte war festhaltend und musste gelöst werden. Während der abgelaufenen fünf Schwangerschaftsmonate befand sich Frau M. relativ ganz wohl, bemerkte aber, dass der Umfang ihres Unterleibes zu respektable Dimensionen annehme und statt der gewöhnlichen Kindesbewegungen, die sie als Veteranin auf dem genannten Gebiete sehr wohl kannte, hatte sie die Empfindung, als ob eine Kugel rollende Bewegungen in ihrer Gebärmutter verursachte. Gegenwärtig befindet sich Frau M. wohl; mit ihrer Einwilligung wurden die Fünflinge dem pathologischen Museum des Polaer Marinespitals einverleibt".

Im deutschen Archiv f. klinische Medizin, XXI. Bd. S. 102 ff. berichtet Dr. Tuczek Folgendes über Vaguslähmung: Ein seit mehreren Wochen wegen beiderseitiger chronischer Spitzenpneumonie im Kölner Spitale behandelter 36jähriger Mann, dessen Herzaktion, Temperatur und Respirationsfrequenz bisher stets annähernd normal gewesen waren, klagte eines Abends über leichtes Herzklopfen, welches er seit dem Morgen desselben Tages wahrgenommen hatte. Die Untersuchung ergab eine wie bisher normale Herzdämpfung, reine Töne, aber eine enorme Beschleunigung der Herzaktion, 190—208 Schläge in der Minute; der Radialpuls war sehr klein, kaum fühlbar, unzählbar. Temperatur normal, Respirationsfrequenz 16 in der Minute; in den Lungen keine Veränderung gegen früher; auch die Stimme unverändert. Am nächsten Morgen leichte Cyanose, Temperatur subnormal (36.2°), Respirationsfrequenz normal. Frequenz der Herzschläge während der Nacht 180—200. Es ist eine Veränderung des Respirationstypus eingetreten; derselbe ist, während er bisher kostodiaphragmal war, kostal geworden, das Zwerchfell ist vollkommen in Ruhe. Es lässt sich eine ganz akut entstandene Lungenblähung nachweisen, die untere Lungengränze findet sich vorne rechts am oberen Rande der 7., links an der 5. Rippe. Am Nachmittage desselben Tages war das Lungenemphysem noch deutlicher, indem die absolute Herzdämpfung ganz verschwunden war und der laute Lungenschall rechts vorne bis zum unteren Rande der 7. Rippe reichte. Am Abende des 3. Tages sank die Pulsfrequenz innerhalb fünf Stunden von 195 auf 100 und alsbald auf 80 Schläge — der Anfall hatte sein Ende erreicht. Auch die Lungenblähung war am nächsten Morgen nicht mehr nachweisbar, das Zwerchfell funktionirte wieder und nach einigen Tagen waren die perkutorischen Lungengränzen wieder ganz normal geworden. Der Anfall hat sich im Spitale nicht mehr wiederholt. — Die beträchtliche Beschleunigung der Herzthätigkeit ohne Temperaturerhöhung — bei vollkommen gesundem Herzen — weist auf eine vorübergehende Lähmung des Vagus hin; vielleicht ist dieselbe bei diesem tuberkulösen Individuum durch Druck einer geschwollenen Bronchialdrüse auf die Herzvagusfasern bedingt gewesen. In hohem Grade wahrscheinlich wird die Annahme einer Vagusaffektion durch das akut entstandene Lungenemphysem. Das Zustandekommen desselben lässt sich nur erklären durch einen Krampf der Muskulatur der kleinen Bronchien, welcher bekanntlich auch experimentell durch periphere mechanische Vagusreizung ausgelöst werden kann. Dass Bronchialkrampf zu Lungenemphysem führen kann, erklärt sich daraus, dass, während bei der Inspiration Luft durch die spastisch verengten feinen Bronchien in die Alveolen getrieben wird, die schwächeren exspiratorischen Kräfte zur Austreibung derselben nicht genügen. Die Annahme, dass in dem obigen Falle die gleiche Ursache die Herzvagusfasern bis zur Lähmung, die pulmonalen Vagusfasern nur bis zur Reizung komprimiren soll, hat keine Schwierigkeit, weil die Reizbarkeit der Herzfasern des Vagus eine grössere ist. —

Bereits im Jahre 1873 hatte Dr. Krone zu Hannover seine Beobachtungen über die Bedeutung des Pressschwammes in geburtshilflicher und gynäkologischer Beziehung veröffentlicht; weitere Erfahrungen veranlassen ihn, in der Berliner klin. Wochenschrift 1877 S. 586 nochmals auf die Darlegung der Wichtigkeit des Pressschwammes zurückzukommen. — In der geburtshilflichen Praxis bedient er sich des Pressschwammes bei Placenta praevia, wenn starker Blutverlust eingetreten und der

Cervix uteri sehr hart ist, selbst wenn die Frucht im Mutterleibe bereits abgestorben ist und Pyämie zu befürchten steht. Er befolgt hierbei folgende Methode: Ein dünner, mit der Kornzange gefasster Pressschwamm wird in den Cervikalkanal, soweit es angeht, eingeschoben und durch einen Wattetampon festgehalten. Nach drei Stunden wird er wieder entfernt und an seine Stelle ein stärkerer gebracht, welcher nicht mehr durch einen Wattetampon befestigt zu werden braucht, da er mit dem Cervikalkanal nach kurzer Zeit fest verklebt und so den sichersten Tampon abgibt. Auf diese Weise benützt jetzt Krone den Pressschwamm als einen Tampon, welcher vor den Watte- und Charpiebäuschen den Vorzug besitzt, dass er vollständig tamponirt, während in den Wattetampons eine nicht zu kontrolirende Menge Blutes sich anhäufen kann. Ein fernerer Vortheil dieses Tamponirens besteht darin, dass die Frauen weit weniger über Schmerzen klagen als bei Wattetampons. Bei sehr reizbaren Individuen legt Verfasser zugleich ein Suppositorium aus Cacaobutter mit 0.015 Morph. muriat. in den Mastdarm ein. Ferner betont er, dass bei dieser Anwendung des Pressschwammes eine rasche Eröffnung des Muttermundes ermöglicht sei. Auf diese Weise gelang es nach sehr kurzer Zeit, mit mehreren Fingern in den Cervix vorzudringen und die Geburt zu beschleunigen. Verfasser hat sich übrigens bei jeder Uterusblutung des Pressschwammes mit dem besten Erfolge bedient, besonders auch in Fällen, in welchen die Blutung in Folge zurückgebliebener Eihautreste nicht gestillt werden konnte. Hier musste zunächst der Cervikalkanal durch Pressschwamm erweitert und dann die Reste manuell entfernt werden. Von den Fällen, welche er aus seiner Praxis als Beleg für den Nutzen des Pressschwammes mitgetheilt hat, referiren wir nur in Kürze den folgenden: Eine Frau litt bereits seit vier Wochen an Blutung aus den Genitalien, wodurch sie auf's Aeusserste entkräftet worden war. Während der Untersuchung verlor sie eine enorme Menge Blut. Der äussere Muttermund stand offen, aber die Uterushöhle war mit der Sonde nicht zu erreichen. Es wurde jetzt ein Pressschwamm in den äusseren Muttermund eingelegt und durch einen Wattetampon befestigt. Als Krone die Patientin nach etwa 5 Stunden wiedersah, erfuhr er, dass die Blutung aufgehört habe. Der Pressschwamm wurde in der nun folgenden Zeit öfters gewechselt, bis auch der innere Muttermund geöffnet war. Am nächsten Tage liess sich die Uterushöhle mittelst zweier Finger untersuchen. Es wurden hierbei an der Einmündung der linken Tuba Fallopii zwei kleine Polypen entdeckt, nach deren Entfernung vollständige Genesung eintrat. – Für die Anwendung des Pressschwammes in der Gynäkologie stellt Krone folgende Indikationen auf: 1) Sterilität in Folge von Stenose des Cervikalkanales mit zugleich vorhandenem Uterinkatarrh; 2) Unterstützung bei intrauterinen Operationen; 3) Lageveränderungen des Uterus mit chronischem Infarkt. In neun Fällen sah er bei Anwendung des Pressschwammes Heilung der Sterilität eintreten. Ferner wurden bei einem jungen Mädchen die in Folge des Verschlusses des Cervikalkanales lange Zeit bestehenden epileptiformen Anfälle nach Anwendung des Pressschwammes beseitigt. In einem anderen Falle gelang es dem Verfasser, auf diese Weise einen im Uterus sitzenden Tumor zu exstirpiren. Bezüglich der sub 3 angeführten Indikation spricht sich derselbe zunächst über die Entstehung der Lageveränderungen und über den Begriff von chronischem Uterusinfarkt des Weiteren aus. Fast alle Lageveränderungen der Gebärmutter entstehen nämlich dadurch, dass die Frauen nach der Geburt zu zeitig das Bett verlassen. Wann die Wöchnerin aufstehen soll, das richtet sich aber immer nur darnach, ob sich die Gebärmutter schon gehörig zurückgebildet hat. Ist dies noch nicht der Fall, so wird nach dem Aufstehen der Uterus entweder nach vorne oder nach hinten sinken und die Folge davon ist eine Störung des Blutkreislaufes in dem Gebärmutterkörper. Durch die Knickung kommt es zu einer Blutstauung und einer vermehrten Transsudation von Blutplasma. Hierdurch wird durch Ablagerung von Zellen das interstitielle Bindegewebe vermehrt und so entsteht nach Ansicht des Verfassers das, was man „Infarkt“ nennt. Besonders hebt derselbe hervor, dass es bei dieser nur langsam verlaufenden Hypertrophie des interstitiellen Bindegewebes auch leicht zu Karzinombildung kommen kann. Die Symptome des chronischen Uterusinfarktes sind: Völle im Unterleib, schmerzhafte Empfindung im Kreuz, Obstipation und endlich Gemüthsverstimmung. Dabei zeigt sich der nach vorne oder hinten gelagerte und voluminöse Uteruskörper als sehr empfindlich, der Cervix ist hart und knollig angeschwollen und ebenfalls sehr schmerzhaft bei der Berührung. Die Sonde

wird durch die gewulstete Schleimhaut am Eindringen in den Cervixkanal verhindert. Bei solchen Erkrankungen ist nach Krone's reicher Erfahrung — in 132 Fällen trat nur in zwei Fällen keine völlige Heilung ein — der Pressschwamm allen anderen bis jetzt üblichen Methoden vorzuziehen. Durch ihn wird der zu frühzeitig unterbrochene Lochialfluss wieder hervorgerufen und so kann sich der Uterus ohne Hinderniss in normaler Weise zurückbilden. Dass der Pressschwamm bei diesen Krankheiten eine aufsaugende Eigenschaft besitzt, davon kann man sich überzeugen, wenn man einen in normalem und einen in hypertrophischem Gewebe gelegenen Pressschwamm vergleicht. Nur der letztere entleert bei Druck eine dem Lochienflusse ähnliche Flüssigkeit. — Zum Schlusse hebt Krone nochmals die Unschädlichkeit des Pressschwammes hervor und führt hierbei einen Fall an, in welchem eine Frau während vier Monaten ein abgerissenes Stück Pressschwamm in ihrer Gebärmutter getragen hatte; der dadurch bedingte Ausfluss stand sofort nach Abgang des betreffenden Stückes still.

Eine neue Blutstillungszange, deren erste Erfindung und Anwendung E. Koeberlé mit aller Energie Péan und Verneuil gegenüber für sich in Anspruch nimmt, ist im Allgemeinen einer Kornzange sehr ähnlich gestaltet, kennzeichnet sich aber durch eine besondere Art des Verschlusses. Es springen nämlich über den beiden Ringen, welche zum Fassen dienen, an den Armen zwei flügelförmige Fortsätze hervor, deren einer einen Stift, deren anderer zwei Löcher trägt. Durch Einhacken des Stiftes in diese Löcher oder hinter den entgegengesetzten Zangenarm kann man das Instrument fest schliessen und eine zwischen den Zangenlöffeln gefasste Gewebspartie in drei verschiedene Stücke mit aller Kraft zusammenpressen. Fasst man eine blutende Gefässmündung mit dieser Zange, so wird das Gewebe so stark zusammengequetscht, dass jede Flüssigkeit aus demselben verschwindet, und wenn man diesen Druck etwa 15—20 Minuten lang einwirken lässt, so steht nach Abnahme der Zange die Blutung definitiv. Nur bei grösseren Arterien kommt es zuweilen vor, dass die Blutung nach Aufhebung des Druckes wiederkehrt; man kann in solchen Fällen das betreffende Gefäss entweder unterbinden oder die Zange längere Zeit, 12—24 Stunden und selbst noch länger, liegen lassen. Die Vortheile dieses Verfahrens leuchten ein. Bei grossen langdauernden, mit erheblichem Blutverluste verbundenen Operationen wird man nicht durch die immer mit bedeutendem Zeitverluste verknüpften Gefässunterbindungen aufgehalten werden. Man fasst die Gefässe, lässt die Zangen bis zur Beendigung der Operation hängen und entfernt sie dann, eine nach der anderen, wobei man sich zu überzeugen hat, ob die Blutstillung wirklich eine definitive geworden ist. — Auch für die temporäre Blutstillung, z. B. zur vorläufigen Kompression eines Ovarienstieles, sind die Zangen mit Nutzen zu verwenden. (Paris. 1877. 8°. 56 Seiten: „De l'hémostase définitive par compression excessive".) —

Eine neue Quelle der Bleivergiftung erwähnt Dr. Alford, der ärztliche Gesundheitsbeamte von Taunton, in seinem letzten Berichte an die Behörden. In einem allein gelegenen Gehöfte seines Bezirkes kamen mehrere Fälle von Bleivergiftung vor, ohne dass seine Untersuchungen des Wassers, der Konserven u. s. w. die Ursache der Krankheit aufzudecken vermochten. Darauf erhielt er Kenntniss von einer grossen Anzahl neuer Erkrankungsfälle, die in rascher Aufeinanderfolge in verschiedenen meist vereinzelt gelegenen Häusern der Nachbarschaft vorkamen und zum Theile einen sehr ernsten Charakter zeigten. Seine Nachforschungen ergaben, dass sämmtliche betroffene Familien ihr Korn in derselben Mühle hatten mahlen lassen, und eine Besichtigung der Mühle legte sofort den Ursprung der Erkrankung an den Tag. Als man die Mühlsteine aushob, fand sich deren Oberfläche mit Blei besprenkelt. Da nämlich der Mühlstein nicht sehr fest ist, so entstehen in demselben grosse Löcher, welche man kürzlich, während einer Krankheit des Eigenthümers, mit geschmolzenem Blei ausgefüllt hatte. Das zuerst nach dieser Ausbesserung gemahlene Mehl enthielt jedenfalls beträchtliche Mengen des Metalls. Auf der Oberfläche des Steines befanden sich etwa 10 Pfund Blei, welches ebenso wie aus den Höhlen sofort entfernt wurde. — Nach Allem, was Dr. Alford hörte, scheint diese Art der Ausbesserung der Mühlsteine keineswegs ungewöhnlich zu sein, und hält er sich desshalb für verpflichtet, auf diese Quelle gefähr-

licher Erkrankungen aufmerksam zu machen. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1878, Nr. 7.) —

Fortgesetzter Gebrauch von Brompräparaten kann nach E. C. Seguin zu einer neuen selbstständigen Erkrankung führen, welche sich in einem allgemeinen Schwächezustande äussert, in schwachem Herzschlage, Kühlheit der Extremitäten, einer Art Betäubung und einer Behinderung der Sprache, in Brom-Athem und -Ausschlag. Bei noch höherem Grade der Erkrankung kann der Stupor bedeutend, Gedächtniss und Artikulation ungemein behindert sein, ja Sinnestäuschungen verschiedener Art werden beobachtet. Dabei ist die Allgemeinempfindlichkeit überhaupt, vornehmlich aber die der Rachengebilde, herabgesetzt, der Gang schwankend, die Muskeln zittern, die Pupillen erweitern sich, reagiren träge, die Potenz schwindet, die Menses werden unregelmässig, neben Akne-Ausschlag können selbst tiefe Ulzerationen in der Haut Platz greifen. Häufig wird in solchem Stadium die Unterscheidung zwischen Bromismus und progressiver allgemeiner Paralyse schwierig, aber auch andere Krankheitszustände der verschiedensten Art, sogar verschiedene Irreseins-Formen können, wie Seguin an einzelnen Beispielen nachweist, damit verwechselt werden. Drittens leitet derselbe die Aufmerksamkeit noch auf die Möglichkeit, dass unter dem Einflusse des Bromismus stehende Menschen nach verschiedenen Richtungen hin mit dem Strafgesetzbuche in Konflikt kommen können und dass andererseits der Arzt möglicherweise wegen Verordnung zu hoher Dosen Bromkalium zur Verantwortung gezogen werden könne, wenn neue Krankheit oder gar der Tod als Folge der Verabreichung konstatirt wird. — Höchst wichtig sind die Bemerkungen des Verfassers über den Gebrauch des Broms bei der Behandlung der Epilepsie. Hier darf man einen leichten Grad von Bromismus absichtlich erzeugen. Er verordnet folgendermassen: Kalii bromati (oder Natrii bromati) 30.0 — Ammonii brom. 15 gelöst in Aq. font. 210.0. Davon reicht er mehrmals täglich einen Theelöffel, die grösste Dosis vor dem Zubettegehen. Vor jeder Mahlzeit nimmt ein Erwachsener 1 Theelöffel mit Wasser reichlich verdünnt, Abends 2 Theelöffel. Dass gerade die grösste Dosis vor dem Schlafengehen gegeben wird, betont Seguin ausdrücklich, ebenso dass das Brom wohl zeitweilig verringert, aber nie gänzlich vor beendeter Kur aufgegeben werden kann. Es muss wenigstens drei Jahre lang nach dem letzten Anfall fortgegeben werden. (Journ. of nervous and mental desease, Chicago, 1877, July.) —

In einer Arbeit „über Varicocele" unterscheidet der Geheime Sanitätsrath Dr. Ravoth die leichteren Grade dieser Erkrankung, bei welchen der Plexus pampiniformis gewöhnlich verschont und die Erweiterung auf die einzelnen den Hauptstamm der Vena spermatica zusammensetzenden Aeste beschränkt bleibt, von den schwereren, den Plexus pampiniformis selbst betreffenden Varikositäten. Die ersteren sind gewöhnlich nicht Gegenstand der Beobachtung und Behandlung; die letzteren bewirken bald Atrophie des Hodens sowie seines Vas deferens und meistens auch neuralgische Beschwerden, abgeschwächte Geschlechtsfunktion und Abgang von Prostataschleim. Ravoth theilt eine neue Reihe von acht Fällen von Varicocele mit, welche durch Tragen des von ihm konstruirten Kompressorium gebessert beziehungsweise geheilt worden sind. Gewöhnlich liessen die neuralgischen Anfälle sofort nach. Nur in einem Falle von heftiger Testikular-Neuralgie scheint das Kompressorium keinen dauernden Erfolg gehabt zu haben. Varicocelen von nicht langer Dauer und nicht zu grosser Ausdehnung bildeten sich stets in 5—8 Monaten völlig zurück und der bereits in Atrophie begriffene Hode entwickelte sich mit der Rückbildung der Erkrankung wieder zu normaler Grösse. Bei alten lange bestehenden Varicocelen zeigte sich ebenfalls stets eine vortheilhafte Wirkung, wenn auch die Rückbildung der Affektion nur langsam sich vollzog und eine Rückkehr zur Norm weder in der Varicocele noch in dem atrophischen Hoden erreicht wurde. Die exzessiven Pollutionen wichen oft erst nach einer nach bekannten Grundsätzen eingeleiteten Allgemeinbehandlung. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medizin, 1877.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 11. *Erlangen*, am 16. März 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Kann man aus den Epitelien des Auswurfs Lungenphthisis diagnostiziren? Wandernde Pneumonie. Der artikulirt-mobile Wasserglasverband und seine Anwendung. Ueber maligne Endokarditis. Unblutiges Verfahren bei Zungenoperationen. Ueber Obturation der Pulmonalarterie. Intra-uterine Ergotininjektionen gegen Blutungen nach stattgehabter Geburt oder nach Abortus.

Buhl, welcher bekanntlich als Grundlage zur Entwicklung der Lungenphthise eine genuine Desquamativpneumonie ansieht, stellte die Behauptung auf, dass man durch die mikroskopische Untersuchung des Auswurfes im Stande sei, die kleinsten Herde, welche der Auskultation und Perkussion noch entgehen, den Spitzenkatarrh, als den Ausdruck von Desquamativpneumonie statt einer gewöhnlichen katarrhalischen Bronchiolitis, zu erkennen u. z. zu Zeiten, zu welchen Kavernen noch nicht gebildet sind. Diese Sputa bei der Desquamativpneumonie sollen, abgesehen von der Blutbeimengung und dem puriformen Schleime, enthalten: 1) Lungenepitelien, seltener Flimmerzellen, in Fettdegeneration (Körnerzellen), hier und da mit schwarzem Pigment versehen; 2) Lungenepitelien von verdickter Wand, glänzender Beschaffenheit, mit proliferirenden Kernen; 3) Lungenepitelien in myeliner Degeneration. Hinsichtlich dieser Auswurfsbeschaffenheit stimmen auf Grund eigener Beobachtungen Buhl bei: Aufrecht, Niemeyer und Amburger, indem sie das reichliche Vorkommen von Alveolarepitelien in dem Auswurfe der Phthisiker hervorheben und denselben einen diagnostischen Werth zur Erkennung von Lungenphthise beilegen. Fischl dagegen kommt nach seinen mit grosser Genauigkeit durchgeführten Untersuchungen zu dem Ergebnisse, dass er nicht im Stande ist, den Auswurf eines phthisischen Individuums von einem solchen, welches einem einfachen Katarrh angehört, zu unterscheiden. — Dr. Max Heitler, Dozent an der k. k. Universität zu Wien, hat nun ebenfalls die Epitelformationen des Auswurfes zum Gegenstande eines sorgfältigen Studiums gemacht. Er stellte sich die Frage: kommen bei Erkrankungen der Lunge, welche zur Phthisis derselben führen, Epitelformen im Auswurfe vor, welche bei anderen nicht zur Phthisis führenden Erkrankungen nicht vorkommen, mit anderen Worten: kann man aus dem mikroskopischen Befunde des Auswurfes, hauptsächlich aus den in demselben vorkommenden Epitelien, Lungenphthisis mit Sicherheit diagnostiziren? Er muss nach seinen Beobachtungen diese Frage auf das Entschiedenste verneinen und behauptet, dass alle diejenigen Epitelien, welche man bei Phthisis findet, auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen, welche nicht zur Destruktion der Lungen führen, im Auswurfe anzutreffen sind. Er weist dabei darauf hin, dass es nicht immer mit Leichtigkeit zu unterscheiden sei, ob eine bestimmte Zelle aus den Alveolis stamme oder nicht. Fischl sagt früher schon geradezu, dass es überhaupt unmöglich sei, Alveolarepitelien im Auswurfe mit Sicherheit zu erkennen, dass Epitelien von verschiedenen Stellen der Respirationswege dem Alveolarepitel zum Verwechseln ähnlich seien. So fand z. B. Fischl die Epitelien der erweiterten Acini der Luftröhren, Schleimdrüsen hinsichtlich Form, Grösse und

sonstiger Beschaffenheit dem Alveolarepitel so ähnlich, dass eine Unterscheidung unmöglich war. Ferner sind die jüngeren Epitelschichten des Pharynx, der Vorderfläche des Kehldeckels, der Giessbeckenknorpel, der wahren Stimmbänder, der Luftröhre, das seiner Flimmern beraubte Epitel, besonders wenn alle diese Epitelien körnig geworden sind, schwer vom Alveolarepitel auseinanderzuhalten. Schon Biermer sagt in seiner Monographie „über die Lehre vom Auswurf", dass man nur vermuthungsweise den Ursprung der im Auswurfe aufgefundenen Epitelien aus ihrer Form und Grösse bestimmen könne. — Heitler betrachtet nun die im Auswurfe überhaupt vorkommenden Epitelformationen. Absolut charakteristisch sind: 1) grosse Pflasterepitelien; sie sind durch ihre Ursprungsstätte für die Diagnose auf Lungenerkrankung aus dem Auswurfe ohne Belang; — 2) Flimmerepitelien; sie sind von Werth, so lange sie mit den Flimmern versehen sind, da sie im Respirationstraktus nicht überall dieselbe Form haben; gegen die kleineren Bronchien hin verflachen sie sich und gleichen Plasterepitelien. Haben sie aber ihre Flimmern verloren, was am häufigsten der Fall ist, so können sie am leichtesten mit anderen Epitelformen verwechselt werden. Die Flimmerepitelien kommen im Auswurfe häufiger vor als man glauben sollte; ist erst eine solche Zelle gefunden, so zeigen sich bei genauer Untersuchung deren bald mehrere. Die Flimmern sind bei vielen sehr klein und gleichen dann kurzen Borsten. Die Formen der Zellen sind sehr wechselnd: manche sind mehr oder weniger viereckig, andere rund, wieder andere birn- und keulenförmig. — Alle übrigen Epitelformen gestatten keinen sicheren Schluss auf ihren Standort, weil verschiedene Stellen der Respirationswege ähnliche Epitelformen besitzen und weil die Epitelien in Folge des krankhaften Prozesses sowohl noch im Zusammenhange mit der Schleimhaut als auch nach ihrer Abstossung von derselben mannigfaltige Veränderungen des Inhaltes und der Form erleiden, wodurch ihre ursprüngliche Form ganz verwischt wird, ähnlich wie es bei den Epitelien im Harne geschieht. — Nur ein Mal hatte Heitler Gelegenheit, an Epitelien im Auswurfe die lebhaftesten amöboiden Bewegungen zu beobachten; die Zellen schickten Fortsätze aus, welche sie bald wieder zurückzogen, nahmen die verschiedensten Gestalten an, zeigten tiefe Einschnürungen; eine Theilung derselben wurde nie beobachtet. Auch das kubische Epitel, welches in den feinsten Bronchien den Uebergang vom Flimmerepitel zu dem der Alveolen bildet, gibt nach Heitler neben den oben erwähnten von Fischl beobachteten Thatbeständen zu Verwechselungen mit Alveolarepitel Veranlassung. — Auch die klinische Erfahrung beweist die Richtigkeit dieser Heitler'schen Behauptung, indem man bei Erkrankungen des Respirationstraktus mit Intaktsein des Lungenparenchyms Epitelien findet, welche denjenigen, die gewöhnlich als Alveolarepitelien bezeichnet werden, vollkommen ähnlich sind. Die Form der Epitelien ist theils rund, theils eckig, polygonal; die Epitelien liegen entweder zerstreut oder in grösseren Haufen beisammen; manches Sputum ist überaus reich an kleinen polygonalen, in grossen Haufen beisammen liegenden Zellen; der Inhalt der Zellen ist granulirt mit 1—3 Kernen. Häufig sind runde, mit einem körnigen Inhalt versehene Zellen, Fettkörnchenzellen; bei manchen ist die Zellenmembran nicht mehr sichtbar, so dass sie ein Konglomerat von Körnchen darstellen, welches zerfällt, worauf die Körnchen frei in der schleimigen Masse schwimmen; manche Sputa sind durch einen besonderen Reichthum derartiger Zellen ausgezeichnet, sie scheinen fast nur aus solchen Zellen zu bestehen. Dass diese Zellen nicht immer degenerirte Alveolarepitelien sind, sondern auch pathologisch veränderte andere Epitelien sein können, was aus ihrer sehr verschiedenen Grösse hervorgeht, ist zweifellos. Eine einmal zur Fettkörnchenzelle gewordene andere Zelle kann auf ihren Ursprung nicht mehr gedeutet werden. In einem Falle fand Heitler diese Fettkörnchenzellen gemischt mit einer grossen Menge breiter Flimmerepitelien und wegen der scheinbaren Uebergangsformen neigte er sich zu der Annahme, dass der grösste Theil aus diesen Epitelien dürfte hervorgegangen sein. Pigmentirte Zellen kommen in den verschiedensten Sputis in sehr verschiedener Grösse vor. Das Pigment bildet entweder einzelne Körnchen oder die ganze Zelle ist mit Pigment ausgefüllt. Ausserdem kommt in manchen Sputis polymorphes, den tieferen Schichten der Schleimhaut des Respirationstraktus entsprechendes Epitel vor. — Alle diese verschiedenen Epitelformationen kommen sowohl bei phthisischem Auswurfe vor als auch im Auswurfe von Krankheiten, bei welchen das Lungengewebe unverletzt ist, so dass demnach das Epitel im Auswurfe einen diagnosti-

schen Werth nicht hat. Epitelien werden allerdings bei manchen Erkrankungen in grösserer Anzahl angetroffen. In vielen eiterigen Sputis sind die Epitelformationen spärlicher, und andererseits kommen Sputa vor, die fast nur aus runden oder eckigen und grossen fettig degenerirten Epitelien bestehen, gegen welche die Eiterzellen in verschwindend kleiner Zahl vorhanden sind. Ein derartiges Sputum hat Heitler in einem Falle von chronischem Bronchialkatarrh bei einem übrigens gesunden robusten Individuum gefunden, bei welchem die physikalische Untersuchung keine Abnormität darbot und auch sonst keine Vermuthung auf eine Erkrankung des Lungenparenchyms vorlag, so dass die Annahme, es handle sich hier um einen krankhaften Prozess der Bronchialschleimhaut, welcher vorwiegend in den Epitelien abläuft, nicht von der Hand zu weisen war. In einem Falle von Lungenödem, in welchem das Lungengewebe durch die Leichenöffnung als gesund nachgewiesen wurde, fand Heitler sogenannte Alveolarepitelien in reichlicher Anzahl. Bei krupösen Pneumonieen findet man gewöhnlich nur wenig Epitel im Auswurfe. — Bei Spitzen-Infiltrationen hat er seine ganz besondere Aufmerksamkeit dem Auswurfe zugewendet und dabei gefunden, dass bald viele, bald wenige, bald gar keine Epitelien selbst bei einem und demselben Individuum und am nämlichen Tage zu finden waren. Zu- oder Abnahme der Erkrankung, sowie Stillstand derselben beeinflussen die Epitelien-Menge im Auswurfe nicht. Auch bei Individuen ohne Spitzen-Infiltration kommen die gleichen Sputa vor. Das Auftreten von Epitelien in grösserer oder geringerer Menge muss demnach als accidentell betrachtet werden; es zeigt einen bestimmten Krankheitsprozess keineswegs an. Bei einfachem Katarrh kamen dem Alveolarepitel ganz ähnliche Zellen im Auswurfe vor und da bei Parenchymerkrankungen der Lungen eine katarrhalische Erkrankung der Bronchialschleimhaut eine gewöhnliche Erscheinung ist, so kann schon durch letztere das Auftreten von Epitelien im Auswurfe bedingt sein. Bekanntlich kann aber ein solcher Katarrh auch ohne Lungenparenchym-Erkrankung bestehen. Und diesem konkomitirenden Katarrh ist nach Heitler auch bei Tuberkulose das Auftreten verschiedener Epitelformationen im Auswurfe zuzuschreiben, und es ist auch je nach dem Vorhandensein dieses Katarrhes bald das Fehlen, bald die Anwesenheit von Epitelien im Auswurfe zu erklären. (Wiener mediz. Wochenschrift XXVII 49, 50 1877.) —

Dr. Max Kelemen gibt in der Pester mediz.-chir. Presse XII 45 u. 46 zuerst eine statistische Zusammenstellung der bereits veröffentlichten vier Fälle von wandernder Pneumonie. Dem Geschlecht nach waren alle Kranke Frauen, woraus aber zunächst bei den wenigen Fällen kaum geschlossen werden kann, dass jene Krankheit mehr die Frauen als die Männer befällt. — Das Fieber war bei dem einen Falle, der von Waldenburg stammt, während der Entwicklung und dem Bestehen der Herde hochgradig; sobald der Herd seine Entwicklung beendet hatte, fiel die Temperatur, doch nie auf das Normale. Weigand, welcher zwei Fälle mittheilt, berichtet über kontinuirliches mässiges Fieber ohne Initialfrost bei dem einen seiner Fälle. Im zweiten Falle zeigte dagegen das Fieber einen ganz eigenthümlichen Charakter. Es hielt nämlich mit der Entwicklung des Herdes gleichen Schritt und verlor sich mit dem Schwinden desselben. War kein Herd vorhanden, was mitunter zwei Tage lang vorkam, so war auch kein Fieber zu beobachten; trat ein neuer Herd auf, so zeigte sich wieder das Fieber, eine Erscheinung, welche an das ähnliche Verhalten bei der Malariapneumonie erinnert. Der vierte Fall, von Fischl beobachtet, lässt bei dem Mangel einer eingehenden Beobachtung einen bestimmten Fiebergang nicht erkennen. Die Krepitation entwickelte sich bei zwei Fällen (Waldenburg, Weigand) erst innerhalb fünf Tagen, während bei der gewöhnlichen Pneumonie dieselbe zumeist schon nach 24—36 Stunden vorhanden ist. Jene Zeit entspricht wohl bei der centralen Pneumonie dem Auftreten der Krepitation. In dem anderen Falle Weigand's vergingen bis zum Auftreten der Krepitation sogar 14 Tage. — Was nun die Zahl der Herde anlangt, so unterscheidet sich bekanntlich die wandernde Pneumonie von der gewöhnlichen dadurch, dass bei dieser ein, seltener zwei, noch seltener drei Herde vorhanden sind, welche, wenn sie auch nicht gleichzeitig auftreten, doch gleichzeitig bestehen und schwinden. Bei der wandernden Pneumonie tritt dagegen ein Herd auf, und erst, wenn dieser seine Stadien durchlaufen hat, tritt ein anderer Herd in die Erscheinung ein. Das Minimum der Zahl der Herde betrug bei den in Rede stehenden vier Fällen 4, das

Maximum 10. — Hinsichtlich der Dauer und der Stadien der Herde besteht ebenfalls eine weitere Eigenthümlichkeit bei der wandernden Pneumonie. Bei der gewöhnlichen Pneumonie beträgt die Dauer der Herde, gleichviel ob ein einziger oder deren mehrere vorhanden sind, 5—7 Tage; während dieser Zeit laufen die Herde alle drei Stadien durch. Anders bei der wandernden Pneumonie. In Waldenburg's Falle durchliefen die Herde in 2—3 Tagen alle drei Stadien. In einem Falle Weigand's bestanden sie 1—2 Tage und kamen nicht über die Krepitation hinaus; im anderen Falle bestanden sie 2—11 Tage und blieben ebenfalls nur im Stadium der Krepitation; in Fischl's Falle dagegen machten sie in 2—6 Tagen wieder alle drei Stadien durchlaufen. — Bei der gewöhnlichen Pneumonie ist in der Regel der Unter- und Mittellappen ergriffen, während aus den vorliegenden vier Fällen wandernder Pneumonie hervorgeht, dass die Krankheit an jeder Lungenstelle entstehen kann und bei der Wanderung keine bestimmte Richtung einhält. — Das rostfarbene Sputum war bei dem Falle Waldenburg's nur im Beginne der Entwicklung einiger Herde beobachtet worden, bei dem Erscheinen der anderen Herde bestand ein katarrhalischer Auswurf. Bei Weigand's erstem Falle fehlte dieser letztere gänzlich, da die sechs Herde über die Entwicklung der Krepitation nicht hinausgingen. Beim zweiten Falle zeigte sich nur katarrhalischer Auswurf. Im Fischl'schen Falle kamen acht Herde vor, welche alle Stadien durchliefen, und trotzdem wurden nur katarrhalische Sputa beobachtet. Hinsichtlich der Krankheitsdauer herrschen auffallende Abweichungen: die bewussten vier Fälle dauerten je 2 Monate, 10 Tage, fünf Wochen, sechs Wochen. Drei derselben endeten mit Genesung, darunter derjenige mit den meisten Herden, nämlich zehn, welcher auch die längste Dauer hatte (Waldenburg); ein einziger Fall verlief tödtlich. — An diese summarische Uebersicht reiht nun Kelemen die Krankheitsgeschichte einer von ihm beobachteten wandernden Pneumonie, welche im Verlaufe eines Typhus auftrat, während in den obigen vier Fällen die Krankheit selbstständig auftrat und verlief. Die Sektion wies noch eine Atrophie des Gehirnes mit chronischem Hydrokephalus nach. Die Zahl der Herde belief sich auf vier; deren erster bestand vier Tage und erreichte die Hepatisation; der 2. und 3. Herd bestanden nur einen Tag und gingen über die Krepitation nicht hinaus; das Entstehen des 4. Herdes entzog sich der Beobachtung, da der Kranke zu dieser Zeit nicht untersucht wurde, er wurde erst bei der Sektion entdeckt und hatte ebenfalls die Hepatisation erreicht. — Der Wandercharakter der Pneumonie erhellt nach Verfasser aus dem Umstande, dass bei Beobachtung des dritten Herdes der zweite schon geschwunden war, ebenso bei Entstehung des vierten der dritte; sehr auffallend ist die Thatsache, dass der erste Herd neben allen folgenden bestehen blieb. Das Sputum zeigte von dem der krupösen Pneumonie keine Abweichung. Die Krankheitsdauer vermag nicht bestimmt zu werden, weil die Krankheit mit einem chronischen Gehirnleiden und Typhus kombinirt war, weshalb auch der tödtliche Ausgang nicht der Pneumonie allein zuzuschreiben ist. — Waldenburg vergleicht die wandernde Pneumonie einfach mit Erysipelas migrans. Friedreich erwähnt, ohne spezielle Mittheilungen zu machen, dass er die fragliche Pneumonieform beobachtet habe; er findet nicht nur im Wandern Aehnlichkeit, sondern glaubt auch, dass dem Erysipel wie der wandernden Pneumonie dasselbe infizirende Moment zu Grunde liege, da er zu gleicher Zeit, wenn Erysipele auftraten, auch wandernde Pneumonieen in grosser Anzahl beobachtete. Auch Kelemen pflichtet hinsichtlich seines Falles dieser Friedreich'schen Meinung bei, indem zu der Zeit, als er seinen Fall auf Prof. Koranyi's Klinik zu Pest beobachtete, mehrere mit Erysipel behaftete Kranke ebendaselbst behandelt wurden. —

In der deutschen Zeitschrift f. Chirurgie VII 1 u. 2 empfehlen die DD. O. Kappeler und E. Haffter den artikulirt-mobilen Wasserglasverband. Als Material zu demselben dienen Binden, welche mit Natronwasserglaslösung von Syrupkonsistenz getränkt werden. Die Verbände werden dadurch artikulirt-mobil, dass über den Gelenken ein spindelförmiges Fenster ausgeschnitten wird, dessen Längsachse senkrecht auf der Längsachse der Extremität steht. Der Fuss z. B. wird in halber Plantarflexion eingebunden und das Fenster auf der Vorderseite des Gelenkes angebracht. Je breiter und länger das Fenster, desto grösser die Bewegungsexkursion. Am Knie liegt das Fenster gewöhnlich in der Kniekehlenseite; soll es möglich sein, das Knie bis zu einem rechten Winkel zu beugen,

muss auch die Vorderseite des Verbandes near durchtrennt werden, so dass der Verand bis auf zwei seitliche Pfeiler unterbrochen t. Die Festigkeit dieser letzteren kann durch autschukriemen und schmale Schienen von indenholz verstärkt werden. Auf diese Art eht nichts von der dem Wasserglasverbande genen Elastizität verloren. Als Bewegungsemmung kann auf der Vorderseite eine chnalle mit Riemen in den Verband eingegt werden. Das Fenster wird 50—80 Stunen nach dem Anlegen ausgeschnitten, ehe er Verband vollständig erhärtet ist. — Auch uf eine andere Weise lässt sich der Wasserlasverband an den Gelenken beweglich machen. Wenn es sich z. B. um das Knie handelt, andagirt man den Unterschenkel von unten is zur Spitze der Kniescheibe, geht dann on hier, die Vorderseite des Gelenkes freiassend, direkt auf den Oberschenkel über, andagirt auch diesen, dann legt man auf die bere vordere Seite des Unterschenkelverandes, denselben nach unten und oben je drei Querfinger überragend und das Gelenk zu $^2/_3$ bis $^3/_4$ umhüllend, ein Stück Guttaperchapapier und nun wird der Unterschenkelverband vom Oberschenkel her durch Zirkeltouren 2—3 Querfinger breit überbrückt. Die beiden Verbände sind also nur hinten in der Kniekehle in direkter Verbindung, vorne aber durch das Guttaperchapapier getrennt und deshalb in gewissen engen Grenzen aneinander beweglich. Soll das Glied bis zum Erhärten des Verbandes in einer bestimmten Stellung fixirt werden, so muss so lange eine Schiene oder ein darüber gelegter Gypsverband aushelfen. — Diese Wasserglasverbände finden in folgender Weise Verwendung: 1) Bei noch nicht konsolidirten Frakturen des Unterschenkels schützen sie den Kallus vor nachträglicher Verbiegung und gestatten doch einige Bewegung in den benachbarten Gelenken. 2) In der Nachbehandlung der chronischen Gelenkentzündung, der perforirenden Gelenkverletzungen und nach Refraktionen nützt der Verband dadurch, dass er aktive und passive Bewegung innerhalb bestimmter Grenzen gestattet und Ankylose verhütet. Für Koxitis dient ein modifizirter Taylor'scher Extensionsapparat, bestehend aus einer Wasserglaskapsel für den Ober- und Unterschenkel, an welcher eine Stahlschiene befestigt ist, die den Verband und den Fuss überragt. An den horizontalen Theil der Stahlschiene wird die Heftpflasteranse des Unterschenkels mit Riemen aufgeschnallt und das Bein so extendirt. 3) Bei Lähmungen der unteren Extremitäten dienen die Verbände als Schutzmittel. Sie können an der Seite von oben bis unten aufgeschlitzt mit Schnallen versehen und dadurch abnehmbar gemacht werden. Unter Umständen ist auch ein Beckengürtel (von Wasserglas) erforderlich, der durch eine dicke Kautschukplatte mit der Beinhülse artikulirt. 4) Bei Pes valgus acquisitus, Genu valgum und Klumpfuss gestatten diese Verbände in der Nachbehandlung, dass die Kranken umhergehen, leisten also dasselbe wie die Portativapparate der Bandagisten. 5) Die fraglichen Verbände können als Ersatz künstlicher Arme und Beine dienen. Die Verfasser haben eine Armhülse und eine Beinhülse angefertigt, die den betreffenden Amputirten gute Dienste leisteten.

In der Berliner medizinischen Gesellschaft, Sitzung vom 5. Dez. v. Js., berichtete Dr. Litten über maligne Endokarditis. Sein Vortrag umfasst elf Fälle dieser Erkrankung, welche er im Laufe von anderthalb Jahren auf der medizinischen Klinik beobachtet hat. Von diesen betrafen 9 Frauen und 2 Männer. Von den letzteren litt der Eine zur Zeit, als die Endokarditis begann, an Diphtherie, während bei dem Anderen die Herzaffektion mit einer Verletzung am Finger in nachweisbarem Zusammenhange stand. Von den neun Frauen wurden 7 während des Puerperiums und 2 während der Schwangerschaft von der Endokarditis befallen. Der klinische Verlauf sowie der Leichenbefund war in sämmtlichen Fällen ausserordentlich übereinstimmend. Was zunächst den letzteren betrifft, so fanden sich ausser den Erscheinungen der akuten Septihämie noch fast konstant metastatische (bakteritische) Abszesse und Infarkte in den verschiedensten Organen (z. B. Gehirn, Augen, Lungen, Herzmuskel, Darm, Milz und besonders in den Nieren). Diese Infarkte verdanken ihre Entstehung dem spezifischen embolischen Materiale, welches man in den zu den betreffenden Herden gehörigen Gefässen antrifft und welches zweifellos parasitären Ursprunges ist. Sehr häufig setzt sich dies auf den ulzerirten Klappen oder in deren Gefässen fest und wird von hier aus in den Kreislauf gebracht; andere Male bedarf es indessen zum Zustandekommen jener metastatischen Abszesse gar nicht der Endokarditis, sondern es genügen thrombophlebitische oder lymphangitische Prozesse. Der Vortragende

hatte wiederholt Gelegenheit, diese Metastasen in weiter Verbreitung in den verschiedensten Organen anzutreffen, ohne dass eine Spur von Herzaffektion bestand. Die letztere ist daher keineswegs das Essentielle des ganzen Prozesses, sondern nur eine Affektion, welche den anderen Organverhältnissen, wie sie bei der Septihämie vorkommen, gleichartig ist. Es kommen ferner auch Fälle vor, bei welchen diese Metastasen gefunden werden, ohne dass Endokarditis oder Thrombophlebitis besteht. Derartige Beobachtungen machte der Vortragende an Wöchnerinnen, welche bei der Obduktion Diphtherie des Uterus erkennen liessen und bei welchen sämmtliche Venen und die Herzklappen frei waren. Für solche Fälle muss man annehmen, dass die Träger der septischen Stoffe oder deren Keime, welche sich auf den Wundauflagerungen finden, in's Blut gelangen, sich hier vermehren und endlich in die betreffenden Organe gelangen, wo sie sich festsetzen und unter günstigen Umständen ihre Wirksamkeit entfalten. Für diejenigen Fälle, in welchen Frauen während der Schwangerschaft plötzlich an Septihämie (mit oder ohne gleichzeitig bestehende Endocarditis ulcerosa) erkranken und zu Grunde gehen, und bei welchen der Abortus erst während des Verlaufes der fieberhaften Krankheit eintritt, muss man nach Litten annehmen, dass eine gemeinschaftliche schädliche Ursache eingewirkt hat, welche den Abortus provozirte und die Septihämie erzeugte, etwa die Einleitung des Abortus mit unreinen Instrumenten. Der klinische Verlauf und der Sektionsbefund in diesen Fällen war absolut identisch mit jenen, welche im Wochenbette beobachtet wurden. Die frischen Veränderungen an den Herzklappen stellten sich in den vorliegenden Fällen theils als ganz harmlos erscheinende verruköse Auflagerungen dar, nach deren Entfernung die Klappe ganz intakt blieb, oder unter den schwersten Formen der ulzerösen und diphtherischen Endokarditis. Trotz dieser grossen Formverschiedenheit der Klappenläsionen waren die Allgemeinerscheinungen und die Metastasen stets die gleichen, so dass auch schon hieraus hervorgeht, dass die Endokarditis nicht das Wesentliche des Prozesses, sondern ein Koëffekt der allgemeinen Erkrankung ist. Unter den 10 Fällen von akuter Klappenerkrankung waren 4 Male die Klappen des rechten Herzens ergriffen: je zwei Mal die Klappen der Pulmonalis und des Ostii venosi dextri. In der Mehrzahl der Fälle fand sich gleichzeitig eine chronische Endokarditis und demgemäss waren neben den bakteritischen Infarkten noch häufig blande hämorrhagische Infarkte oder deren Narben vorhanden. — Ausser diesen Veränderungen fanden sich konstant in allen Fällen Hämorrhagieen in den verschiedensten Organen, am häufigsten auf der inneren Fläche der Dura Mater, dem Nierenbecken sowie auf der Netzhaut. Den grössten Werth haben die zu Lebzeiten erkennbaren Blutungen; von diesen erwähnt der Vortragende die Hautblutungen, welche er sechs Male beobachtete (darunter einen Fall von puerperaler Sepsis mit metastatischen Abszessen ohne Endokarditis), die Schleimhautblutungen, welche er fünf Male sah, und endlich die Netzhautblutungen, welche fast konstant vorkamen. Die Schleimhautblutungen beobachtete er vier Male an der Conjunctiva palpebr. et bulbi, namentlich sehr schön an den Uebergangsfalten, und ein Mal am Boden der Mundhöhle zu beiden Seiten des Frenulum linguae. Auch diese Hämorrhagieen kommen unabhängig von jeder Endokarditis zur Beobachtung. Was endlich die Netzhautblutungen anbetrifft, so sind diese bei der Endocarditis ulcerosa bereits von Virchow als Leichenbefund erwähnt. Litten hat dieselben während des Lebens genau studirt und schreibt ihnen einen hohen diagnostischen Werth zu, namentlich wenn es sich um die Differentialdiagnose zwischen Septihämie und Abdominaltyphus handelt, bei welchem letzteren dieselben niemals vorkommen, auch nicht in solchen Fällen, welche mit Hautblutungen komplizirt sind. Unter 15 Fällen septischer Erkrankung sah er diese Netzhautblutungen 13 Male; bei diesen war 9 Male gleichzeitig Endocarditis acuta (aber nicht immer ulcerosa) vorhanden, während 3 Male puerperale Sepsis ohne Endokarditis und ein Mal primärer (wahrscheinlich traumatischer) Leberabszess mit Thrombophlebitis und metastatischen Lungenabszessen vorlag. Im 14. Falle, einer hochgradigen Endocarditis ulcerosa der Aortenklappen mit foudroyantem Verlaufe bei einem Manne, fehlten diese Blutungen, obgleich in der Chorioidea Bakterieninfarkte gefunden wurden. Ebenso wurden dieselben in einem anderen Falle vermisst, bei welchem ebenfalls akute Endokarditis neben puerperaler Sepsis bestand. Die Blutungen, um welche es sich hier handelt, sind meist doppelseitig, seltener einseitig; bald vereinzelt, bald massenhaft. Viele von ihnen sind ausgezeichnet durch weisse Centren, welche indessen sofort nach

dem Entstehen der Blutung sichtbar sind und daher nicht als ein Resorptionsphänomen aufgefasst werden dürfen. Die Gefässe, welche zu diesen Herden führen, wurden bei der mikroskopischen Untersuchung frei gefunden; niemals konnten Embolieen darin nachgewiesen werden, auch nicht jene Zoogloea-Massen, welche in anderen Organen im Mittelpunkte der Herde vorgefunden wurden. Dieselben wurden in den Retinalgefässen auch in einem Falle vermisst, bei welchem die Untersuchung der Hautblutungen die Bakterienschläuche mit grosser Präzision im Centrum fast jeder Hämorrhagie nachwies. Jene erwähnten weissen Stellen im Centrum der Netzhautblutungen sind daher nicht als embolische Pfröpfe aufzufassen. Ueberhaupt stellt Litten die embolische Natur dieser Blutungen in Abrede, während er andererseits in drei Fällen von puerperaler Panophthalmie das embolische Material entweder in den Netzhaut- oder Choroidea-Gefässen nachweisen konnte. Von den drei letzterwähnten Fällen war nur einer mit ulceröser Endokarditis komplizirt, während die beiden anderen Diphtherie der Placentarstelle ohne Endokarditis darboten. Somit sind diese Netzhautblutungen von Litten bisher ausschliesslich bei Fällen von schwerer Septihämie beobachtet worden und scheinen hierfür von pathognomonischer Bedeutung. Auf das gleichzeitige Vorhandensein einer Endokarditis kann man indess aus diesem Symptome nicht mit Sicherheit schliessen; für die Diagnose dieser letzteren Komplikation gibt nur die physikalische Untersuchung des Herzens Aufschluss, sobald durch die Ulzeration eine funktionelle Störung der Klappen bedingt wird. Auch prognostisch sind diese Blutungen wichtig. Die 13 Fälle, in welchen sie von dem Vortragenden bisher beobachtet wurden, endeten sämmtlich mit dem Tode und zwar stets in kurzer Zeit nach dem Auftreten der ersten Netzhautblutung. (Allg. mediz. Centralzeitung, 2. März 1878.) —

Ein von Dr. Karl Langenbuch, dirigirendem Arzte des Lazaruskrankenhauses zu Berlin, angegebenes unblutiges Verfahren bei Zungenoperationen bezieht sich auf die Entfernung derjenigen Geschwüre und Geschwülste, welche in den vorderen zwei Drittheilen des Organes ihren Sitz haben, und besteht in Folgendem: Eine grosse gekrümmte Nadel, welche mit unzerreisslicher Ligaturseide armirt ist, wird mittelst eines Nadelhalters auf dem Rücken der Zunge in der Mittellinie und circa 2—3 Ctm. hinter dem Umfange der zu exstirpirenden Geschwulst senkrecht in die Tiefe gestossen und von da mit der Nadelspitze ein Bogen zur Seite nach dem Unterkieferaste zu — also in einer zur Zungenlänge rechtwinklig gedachten Richtung — beschrieben, bis die Nadel, die Schleimhaut des Mundbodens von unten herauf durchbohrend, wieder in die Mundhöhle zurückkehrt. Hierdurch wird eine Umstechungsschlinge hergestellt, in welche die eine Zungenhälfte und die an deren unterem Umfange ihres Seitenrandes verlaufende Arteria linguallis hineingeschnürt werden kann. Damit sich nun die Zunge vermöge ihrer schlüpfrigen Oberfläche nicht aus dieser Schlinge ziehen könne, wendet Langenbuch den Kunstgriff an, die Nadel, nachdem sie vom Boden der Mundhöhle aus wieder emporgeführt ist, nochmals von unten nach oben durch den entsprechenden Zungenrand genau an der Stelle, an welcher der umschnürende Faden sich lagern sollte, durchzustechen. Auf solche Weise wird die Zungenhälfte an den Faden mittelst zweier Punkte fixirt und eine Verschiebung desselben während oder nach seiner Zuschnürung unmöglich. Der Zungenrand wird hierbei natürlich der Umstechung entzogen; die von ihm gelieferte Blutung ist jedoch zu klein, um weiter störend wirken zu können. Im Uebrigen verfährt man nun mit der anderen Zungenhälfte ganz so, wie eben beschrieben; nur gebraucht man hierbei die Vorsicht, den zweiten Umstechungsfaden Einiges von dem Gebiete des ersten mitergreifen zu lassen, damit in der Mittellinie keine noch so kleine Gewebsbrücke sich der Ligatur entzieht. Die sich so kreuzenden Fäden werden dann möglichst fest angezogen und verknotet; ihre vier Enden dienen als Handhaben, die Zunge zum Munde herauszuziehen. Die fernere Operation, welche am besten in einer keilförmigen Exzision des die Geschwulst in sich fassenden Zungenabschnittes besteht, bietet jetzt keinerlei Schwierigkeiten. Die Wundflächen bleiben vollkommen trocken und werden mit Leichtigkeit durch eine angemessene Zahl tieferer und oberflächlicherer Seitennähte genau mit einander vereinigt. Ist dies ganz beendet, so löst man mit zwei Scheerenschnitten die konstringirenden Fäden und sieht dann, dass die Wunde nicht nur auch jetzt trocken bleibt, sondern dass namentlich der fernere Wundverlauf ein

viel besserer ist, als er sonst nach Zungenexstirpationen mit dem Ecraseur oder der galvanokaustischen Schneideschlinge beobachtet wird. Keinerlei Anschwellung oder Entzündung tritt auf, schon nach wenigen Tagen können die Kranken, nachdem die Nähte entfernt, als geheilt entlassen, ja bei kleineren Exstirpationen sogar von vornherein poliklinisch behandelt werden. Um diese grossen Vortheile der Heilung per primam intentionem auch in Fällen zu erreichen, in welchen eine keilförmige Exzision des Erkrankten nicht stattfindet, räth Langenbuch, die Schnittfläche dann so anzulegen, dass der obere wie der untere Wundrand sich keilförmig verjüngen, so dass eine „schwalbenschwanzförmig profilirte" Wundfläche zu Stande kömmt, deren beide Ränder sich leicht durch eine für die Blutstillung wirksame Naht schliessen lassen. (Archiv für klinische Chirurgie, Bd. XXII. Heft 1.) —

Dr. Litten theilt in den „Charité-Annalen", 3. Jahrgang, zwei durch die Obduktion aufgeklärte Fälle von Obturation der Pulmonalarterie mit, bei denen während des Lebens an der Stelle, wo man die Pulmonalarterie auskultirt, laute Geräusche zu hören waren. Bei dem einen Kranken, einem 39jährigen Mechaniker, war das systolische und auch diastolische Geräusch am lautesten im zweiten linken Zwischenrippenraume, aber auch abwärts davon sowie auf dem ganzen Brustbeine sehr deutlich zu hören. Es bestand ferner Erweiterung des rechten Herzens, Oedem, hochgradige Dyspnoe und Cyanose. Bei der Obduktion fand sich eine Verstopfung des Hauptstammes der Pulmonalarterie und ihrer Verzweigungen durch Echinokokkus-Blasen. Die Verstopfung begann beiläufig 3 Ctm. von den Klappen der Pulmonalarterie und war so bedeutend, dass kaum ein feinster Blutstrom zwischen dem Echinokokken-Embolus und der Arterienwand hindurchdringen konnte. Diese hochgradige Embolisirung des Anfangstheiles der Arterie musste einen der Stenose des Ostium pulmonale analogen Zustand erzeugen, also ein systolisches Geräusch bedingen. Andererseits musste durch diese stenosirende Echinokokken-Embolie der vor ihnen liegende freie Arterienabschnitt erweitert und hierdurch eine relative Insufficienz der Pulmonalarterienklappen erzeugt werden, daher ausser dem systolischen auch ein diastolisches Geräusch zu hören war. — Im zweiten Falle war bei einem 31jährigen Mädchen, welches 17 Tage nach einem Abortus in fieberhaftem Zustande in die Charité war aufgenommen worden und welches an der Herzspitze ein mässig starkes systolisches Geräusch dargeboten hatte, zwei Tage nach der Aufnahme ein lautes und rauschendes systolisches Geräusch im ersten rechten Interkostalraume an der Insertionsstelle der zweiten Rippe an's Brustbein plötzlich aufgetreten und blieb bis zu dem nach zwei Tagen erfolgenden Tode bestehen. Die Obduktion bestätigte, wenn auch in etwas modifizirter Weise, die während des Lebens gestellte Diagnose, dass ein grösserer oberer Ast der rechten Pulmonalarterie durch einen Embolus stenosirt wäre. Es fand sich an der Theilungsstelle eines Pulmonalarterienastes erster Ordnung ein Embolus, welcher den einen abgehenden Ast vollständig verschloss. Indem nun ein Theil des Blutes in den freien Ast unbehindert einströmte, ein anderer Theil vor dem obturirenden Pfropfe des anderen Arterienastes anprallte, mussten Wirbelwellen entstehen, welche ein systolisches Geräusch erzeugten. Als Ursache des anderen oben erwähnten an der Herzspitze hörbar gewesenen systolischen Geräusches ergaben sich sklerotische Verdickungen der Klappensegel der Mitralis. —

Unter den vielen Methoden, die in letzterer Zeit gegen die Blutungen nach stattgehabter Geburt oder nach Abortus angewendet werden, vermisst Dr. Ashe zu Wadesborn in Amerika diejenige, welche sich ihm schon durch 12 Jahre nützlich erwiesen hat, nämlich die intra-uterinen Ergotin-Injektionen. Zuerst werden die Blutgerinnsel gründlich aus der Gebärmutter geschafft, dann wird mit kaltem Wasser ausgespült und schliesslich rasch folgende Lösung eingespritzt: Rp. Ergotin. 17.0, Aq. destill. 140.0. Die Gebärmutter zog sich jedes Mal sofort zusammen und Ashe hatte niemals einen Misserfolg aufzuweisen. Gleichzeitig soll das Verfahren völlig gefahrlos und auch nicht reizend sein. (Virginia Medical Monthly, Dec. 1877.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 12. *Erlangen*, am 23. März 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Nervenleiden in Folge psychischer Einflüsse. Vortheile des Thymolverbandes vor der antiseptischen Karbolmethode. Einfluss des Chinin auf Auswanderung der weissen Blutkörperchen bei der Entzündung. Darmfläche als Verbandmaterial. Resultate aus Untersuchungen der hinteren Glaskörperhöhle. Ulcera cruris. Zur Behandlung des puerperalen und auf seiner Innenfläche erkrankten Uterus. Sexuelle Einflüsse als Ursachen von Augenleiden. Vortheile der Rosshaardrainage. Günstiger Erfolg einer Kehlkopfexstirpation. Zur Behandlung nekrotisirender Verbrennungen.

Dass durch psychische Einflüsse, insbesondere Schreck, Krankheiten, und vornehmlich Krankheiten des Nervensystemes, entstehen können, ist schon genugsam beobachtet worden. In Leyden's „Klinik der Rückenmarkskrankheiten" finden wir psychische Einflüsse, speziell Schreck, als ätiologisches Moment für die allerverschiedensten Erkrankungen des Rückenmarkes angeführt, besonders aber auch für die Rückenmarkslähmung. So sind Beispiele für Paraplegie, Epilepsie, Verlust der Sprache und Hemiplegie angeführt. Auch hat Dr. Kohts zu Strassburg die Erkrankungen, welche durch Schreck während des Bombardements im Jahre 1870 daselbst entstanden sind, ausführlich geschildert. Berger theilte folgende Nervenaffektionen in Folge psychischer Einflüsse mit, denen er die Bezeichnung „Emotionsneurosen" beilegt: 2 Fälle von Paraplegie der Unterextremitäten, 2 Fälle von Epilepsie, 1 Fall von Hemichorea sinistra und 1 Fall von klonischem Krampfe des rechten Cucullaris. Dr. Otto (zu Mylau in Sachsen) hat nun neuerdings einen Fall von Paralysis agitans, durch Schreck entstanden und allerdings nur den rechten Arm betreffend, beobachtet, den er in einer direkten Mittheilung an die Allg. mediz. Centralzeitung 1878 Nr. 13, folgendermassen beschreibt: „Pauline Br., 8 Jahre alt, ein sehr kluges und intelligentes Mädchen, von gesunden Aeltern stammend, war bis jetzt nie krank und selbst von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten bisher verschont geblieben. Am 21. Dez. 1877, Morgens 6 Uhr, wurde sie, während sie noch im Bette lag und, da sie nicht mehr schlafen konnte, sich im Bett unruhig hin und her warf, von ihrer Mutter, welche sich im Nebenzimmer befand, hart angelassen. Sie erschrack darüber sehr heftig, in der Meinung, dass eine fremde Person, nicht ihre Mutter, im Zimmer sei. Eine halbe Stunde später klagte sie über Athembeschwerden und stechende Schmerzen in der Fossa jugularis. Dabei bemerkte ihre Mutter, dass die Sprache vermindert sei, in der Art, dass das Kind immer nur einzelne bestimmte Worte anzugeben vermochte. Nach einigen Stunden liessen die Athembeschwerden und der Schmerz in der Fossa jugularis nach und die Aeltern bemerkten sonst nichts Krankhaftes an dem Kinde mehr. Abends um $6^1/_2$ Uhr stellte sich Zittern des rechten Armes ein mit erneuerten Schmerzen in der Fossa jugularis, die so heftig wurden, dass die Kleine laut aufschrie, und deren Zunahme hauptsächlich die Aeltern veranlasste, mich hinzuzuziehen. Bei meiner Ankunft ($6^3/_4$ Uhr) fand ich folgenden Status: Die Patientin lag auf dem Sopha ruhig in der Rückenlage, ohne Temperaturerhöhung, Puls normal, Pupillen mittelweit. Der rechte Arm war in stark zitternder Bewegung, die Druckkraft desselben geringer als die des linken; selbst leichte Gegenstände, wie Theelöffel, konnten nicht gehalten werden, sondern entglitten nach kurzer Zeit der Hand. Diese zitternde Bewegung des Armes konnte selbst

durch Festhalten des ganzen Armes nicht aufgehalten werden. An der Sprache war nichts Abnormes zu bemerken. Die subjektiven Klagen der Kleinen beziehen sich auf einen stechenden Schmerz in der Fossa jugularis und Rückenschmerzen. Bei Untersuchung der Wirbelsäule ergab sich, dass der 6. und 7. Halswirbel auf Druck und angeblich auch spontan empfindlich waren. Meine Verordnung bestand in Ableitung auf den Nacken durch Senfteige und Morphium zur Beruhigung für die Nacht. Die Nacht über schlief das Kind ganz ruhig und als ich es am anderen Morgen um 9 Uhr wieder sah, fand ich die lähmungsartige Schwäche des Armes entschieden noch mehr ausgesprochen; das Zittern war sich gleich geblieben, subjektive Beschwerden waren indess nicht mehr vorhanden. Verordnung: wiederholte Ableitungen auf den Nacken. Nachmittags 4 Uhr an demselben Tage besuchte ich die Patientin noch ein Mal und war erstaunt, dass von dem Zittern und der lähmungsartigen Schwäche des Armes auch nicht die Spur mehr vorhanden war. Die Mutter gab auf Befragen an, dass der Zustand seit Morgens sich nach und nach immer mehr gebessert habe. Am 23. blieb Alles normal; am 24. stellte sich Nachmittags um 3 Uhr nochmals Zittern desselben Armes ein von der Dauer einiger Minuten. Seitdem ist das Kind bis jetzt völlig gesund geblieben. — Erwähnen muss ich noch, dass ich die zweijährige Schwester dieser Patientin vor einem Jahre an plötzlich entstandener Aphasie (es konnten nur die Worte: „Papa, Mama, nein“ gesprochen werden) und rechtsseitiger Hemiplegie behandelt habe. Die Aeltern gaben mir damals an „das Kind müsse erschrocken sein“, ohne indess nähere Einzelheiten hierfür anführen zu können. Die Aphasie und Hemiplegie sind seitdem fast vollkommen verschwunden“. —

Hans Ranke berichtet über eine Reihe von Versuchen, welche er in der Volkmann'schen Klinik behufs Ersetzung der giftigen und reizenden Karbolsäure im antiseptischen Verbande durch das Thymol angestellt hat. Das Thymol, welches ausser aus dem Thymianöl hauptsächlich noch aus den Samenkörnern einer ostindischen Umbellifera, Ptychotis ajowan, als eine im unreinen Zustande ölige, gereinigt aber krystallinische Substanz dargestellt wird, gehört bekanntlich auch der Karbolreihe an, ist aber bedeutend mehr antiseptisch wie die Karbolsäure. Nachdem bereits 1868 Paquet das Thymol als Verbandmittel benutzt hat, wiesen Lewin sowie Husemann und Valverde diese bedeutende antiseptische Eigenschaft experimentell nach. Nach Buchholtz ertödtet das Thymol, schon in einem Verhältniss von 1:2000 einer Nährflüssigkeit zugesetzt, die Entwicklung der Bakterien in derselben, während das gleiche Resultat erst durch Karbolsäure in 0.5-prozentiger Lösung, durch Borsäure aber bei einem Gehalte von $^1/_{133}$ erzielt wird. Dabei ist das Thymol ein fast um das Zehnfache schwächeres Gift für den Organismus als die Karbolsäure, so dass seine Schädlichkeit bei den absolut geringen zur antiseptischen Behandlung erforderlichen Mengen überhaupt nicht in Frage kommt. Die Methode, nach welcher Ranke das Thymol in Anwendung brachte, gleicht vollkommen der bei den antiseptischen Karbolverbänden üblichen. Vornehmlich in wässeriger Lösung, ausserdem aber auch zur Imprägnation von Gazestoffen in Verbindung mit Harzen und Fetten angewandt, bietet sein Gebrauch keinerlei Schwierigkeiten. Als Normallösung des Thymol empfiehlt Verf. eine solche von 1 Theil Thymol auf 1000 Theile Wasser. Da aber dieses keine völlig klare Lösung gibt, so setzt er hierzu noch 10 Theile Alkohol und 20 Theile Glyzerin. Zum Tränken der Gaze hat sich am zweckmässigsten eine Mischung von Cetaceum und Harz im Verhältnisse von 1:10 bewährt und zwar kommen im fertigen Verbandstoffe auf 1000 Theile gebleichter Gaze 500 Theile Cetaceum, 50 Theile Harz und 16 Theile Thymol. Da letzteres sehr leicht verdunstet, muss man die mit ihm imprägnirten Verbandstoffe genau in Guttaperchapapier verpacken, ausserdem aber den Verband immer recht hermetisch anlegen und durch in Thymolwasser getauchte Binden aus appretirter Futtergaze sorgfältig befestigen. Unter diesen Vorsichtsmassregeln riecht ein Verband selbst nach achttägigem Liegen noch deutlich nach Thymol. Dieses selbst wirkt in der angegebenen wässerigen Verdünnung so wenig reizend, dass es keines besonderen Protektives bedarf. Sollte man auf grösseren Wundflächen das Ankleben der Gaze an Granulationen fürchten, so kann man diese durch ein Stück (eingeweichtes) Guttaperchapapier bedecken. Um Uebrigen gleicht, wie wir noch einmal betonen wollen, die Applikation des Thymolverbandes völlig der des antiseptischen Karbolverbandes, namentlich

verwendet man auch bei ersterem den Spray (mit der eben erwähnten Normallösung) und thymolisirte Drainageröhren. — Die Wirkungsweise eines derartigen Thymolverbandes unterscheidet sich insoferne von der der bis jetzt bekannten antiseptischen Methode mit der Karbolsäure, dass sie, wie schon angedeutet, eine viel weniger reizende ist. Zwar werden die Hände des Arztes bei längerer Einwirkung des Thymolspray auf der Dorsalseite roth und zeigen lebhaftes Hautbrennen, aber bald gewöhnt man sich an das Mittel, namentlich hat Ranke die Anästhesieen, die beim ersten ungewohnten Gebrauche der Karbolsäure auftreten, ebensowenig wie die lästigen Epidermisabschuppungen an sich beobachtet. Auf die Wunde selbst wirkt der Thymolverband ebenfalls viel weniger reizend als der analoge Karbolverband — bei völlig „aseptischem“ Wundverlaufe ist die Sekretmenge eine sehr geringe, so dass ein Verbandwechsel selten, manchmal von vornherein nur alle acht Tage nöthig ist, falls man nicht behufs Entfernung der Drainagröhren bereits früher den ersten Verband zu erneuern hat. Zum Beweise hierfür führt Verfasser in ausführlicher Weise 41 bis zum Schlusse des vorigen Jahres in Halle mit Thymol behandelte Fälle an. Dieselben schliessen zwar keine komplizirte Fraktur eines grösseren Knochens und nur je eine operative Eröffnung eines grösseren Gelenkes und primärtraumatische Amputation in sich, umfassen aber doch eine Reihe schwererer Fälle, so namentlich von sogenannten pathologischen Amputationen, dann auch 7 Hydrokelen-Inzisionen und 2 Inzisionen von Sehnenscheidenhygromen. Nur zweimal (nach Herniotomie und Amputatio cruris wegen Pustula maligna) kam es zu einer mässig riechenden Eitersekretion unter dem Einflusse der besonderen Verhältnisse dieser Fälle. Im Uebrigen aber war die Wundausscheidung seröser Natur und oft so minimal, dass Ranke sie als gleich Null bezeichnet. — Wir sehen mithin, dass der Thymolverband der bisherigen antiseptischen Karbolmethode in einigen Punkten wesentlich überlegen ist. Immerhin ist aber auch der Thymolverband, wie Verf. selbst einräumt, ein ziemlich komplizirter, die Technik eine peinliche und seine Vereinfachung daher wünschenswerth. In seiner jetzigen Form ist übrigens der Thymolverband noch in 18 weiteren Fällen der Volkmann'schen Klinik und ferner bei 8 Ovariotomieen durch Prof. Olshausen angewendet worden. Auch zur antiseptischen Irrigation und zwar in 0.1-prozentiger Lösung empfiehlt Ranke das Thymol. Nur scheinbar spricht gegen den ausgedehnteren Gebrauch des Thymols sein hoher, etwa das 20-fache der Karbolsäure betragender Preis. Abgesehen davon, dass dieser Preis mit zunehmender Nachfrage nach dem Mittel sich stetig vermindern wird, bedingen die geringere Menge, in welcher man dasselbe bei jedem Verbande nöthig hat, und der seltenere Wechsel der Verbände überhaupt, dass von einer wirklichen Vertheuerung der Methode kaum die Rede sein kann. Inzwischen betragen zur Zeit die Kosten eines 6 Yard haltenden Packetes von Thymolgaze, nach den Vorschriften der Volkmann'schen Klinik angefertigt, in der Jäger'schen Hirsch-Apotheke zu Halle a/S. für den Detailverkauf 3.50 Mk. (Sammlung klin. Vorträge v. Volkmann Nr. 28 v. 8. Febr. 1878.) —

Ueber den Einfluss des Chinin auf die Auswanderung der weissen Blutkörperchen bei der Entzündung veröffentlicht Dr. J. Appert experimentelle Untersuchungen aus dem pathologisch-anatomischen Institute des Prof. Arnold zu Heidelberg (in Virchow's Archiv Band 71 S. 364). Die Prüfung der Chininwirkung auf die Blutkörperchen des Frosches wurde nach den zwei Hauptgesichtspunkten ausgeführt: 1) der Einwirkung auf das Zellenprotoplasma selbst; 2) der Veränderung, welche die Blutsäule bei der subkutanen Applikation des Alkaloids erleidet. Bei entleertem und in feuchter Kammer untersuchtem Froschblute nehmen die farblosen Blutkörper in Chininlösungen von der Konzentration 1:200 bis 1:2000 nach längstens anderthalb Stunden, bei den stärkeren dieser Konzentrationen aber schon nach 10—15 Minuten ein dunkles, anscheinend granulirtes Aussehen an, während amöboide Bewegungen gänzlich vermisst werden. In Chininlösungen von der Verdünnung 1:2500 und 1:3000 ist die spontane Beweglichkeit beschränkt, während auch nach zwei Stunden in dem Aussehen keine wesentliche Aenderung zu bemerken ist. Lösungen von 1:3500 sind überhaupt wirkungslos. — In einer Reihe von Versuchen liess Appert dann das Chinin bei der Beobachtung der Emigration an der Froschzunge in Form eines kontinuirlichen Irrigationsstromes über diejenige Stelle des Objektes rieseln, an wel-

cher er einen künstlichen Defekt angelegt hatte. Hierbei soll eine $^3/_5$- und $^1/_{10}$-proz. Chininlösung die Auswanderung der farblosen Blutkörper dauernd beschränken; die Zellen erscheinen, soweit Austritt aus den Gefässen statthat, alsbald rund, dunkel und in ihren Ortsveränderungen zweifellos gehemmt. Es wird gleichzeitig eine beträchtliche Erweiterung der Blutgefässe beobachtet; die Cirkulation ist deswegen beschleunigt, die Randstellung vermindert. — Die Resultate, welche Appert gewann, wenn er den Fröschen die Chinindosen subkutan beibrachte, sind folgende: 1) Einzeldosen des Chinins im Betrage von $^1/_{2500}$ bis $^1/_{4000}$ des Körpergewichtes vermögen an einem traumatischen Entzündungsherde der Froschzunge nicht nur die Auswanderung, sondern auch die Randstellung der farblosen Blutzellen vollkommen zu verhindern. Die innerhalb der Blutgefässe gelegenen Zellen bieten ein ungewöhnlich dunkles Aussehen dar, amöboide Form- oder Ortsveränderungen lassen sich wenig oder gar nicht wahrnehmen. Puls und Kreislauf sind bis zum Verschwinden der plasmatischen Randzone verlangsamt. 2) Desgleichen vermag Chinin, in Gaben von etwa $^1/_{4444}$ des Körpergewichtes dem Frosche innerhalb 3—4 Stunden allmählig injizirt, die Auswanderung auf die Dauer von 2—3 Stunden in unzweifelhafter Weise zu beschränken, ohne dass die normale axiale Stromanordnung sowie die Randstellung aufgehoben sind, während hingegen die farblosen Blutzellen innerhalb der Gefässe dunkel und rund erscheinen und während mittlere Verminderung der Pulszahl und der Kreislaufsgeschwindigkeit, sowie mässige Verengerung der Gefässe stattfindet. Auch nach obiger Frist dauert die Behinderung der Auswanderung in diesem Falle noch fort, jedoch nicht, ohne dass die axiale Stromanordnung und die Randstellung aufgehoben wären. 3) Chininquantitäten unterhalb $^1/_{8000}$ des Körpergewichtes dem Frosche innerhalb 2 bis 3 Stunden injizirt, sind nicht im Stande, die Randstellung und die Auswanderung in unzweifelhafter Weise zu hemmen. — Ganz ähnliche Wirkungen erzielte Appert, wenn er die beiden Arterien der Froschzunge unabhängig von ihren Venen in eine Fadenschlinge fasste und durch stärkeres oder gelinderes Anziehen derselben eine Kompression auf die Gefässe ausübte. Die Folge einer starken Behinderung der arteriellen Blutzufuhr entsprach den starken Chinindosen, eine mässige Zuschnürung den geringeren. —

Von der Thatsache ausgehend, dass die zur Naht gebrauchten Katgutfäden vollständig resorbirt werden, kam dem Dr. Flashar zu Polkwitz der Gedanke, auf ähnliche Art, wie Katgut gewonnen wird, Darmfläche zu präpariren und geeigneten Falles als Verbandmateriale zu benutzen. Er verschaffte sich ein Stück getrockneten Schafdarmes, schnitt es der Länge nach auf und verschloss es in einer 10prozentigen Mischung von Karbolöl. Nach etwa 6 Wochen bot sich ihm Gelegenheit zu einem Verbandversuche bei einem jungen Manne, dessen rechte Hand in eine Maschine gerathen war. Die weitklaffende und in die tieferen Gewebe greifende Wunde zog sich durch die Handfläche schräg nach dem Mittel- und Ringfinger, welche ebenfalls verletzt waren, zeigte überall fetzige und gequetschte Ränder, hatte zum Theile die darunter liegenden sehnigen Theile freigelegt und bot eben im Ganzen das Bild einer nicht unbedeutenden Maschinenquetschung. Nach Reinigung der Hand und Wunde verband Flashar letztere, indem er ein grösseres Stück des präparirten Darmes, von Oel noch tropfend, auf und in die Wunde, so gut es anging, einlegte, so dass auch die gesunden Nachbartheile noch davon bedeckt wurden. Das Ganze wurde dann mit einem Watteverband befestigt und so lange unberührt gelassen, als die Verhältnisse gestatteten. Erst nach sechs Tagen zeigte sich etwas übler Geruch und empfand Patient ein leichtes Brennen, nachdem vorher weder von Schmerz noch von Schwellung oder Entzündung etwas zu merken gewesen war. Am 7. Tage wurde der Verband geöffnet und Flashar fand dabei zu seiner Ueberraschung die über der Wunde gelegenen Theile des Darmes durchlöchert und zum grössten Theile ganz verschwunden, die Wunde darunter aber stellte sich in der schönsten Vernarbung dar, so dass verhältnissmässig nur wenig zum völligen Verschlusse fehlte; besonders auffallend war die Heilung an der Handflächenwunde vorgeschritten. Der vorhin erwähnte Geruch ging von dem Darmstücke aus, welches auf gesunder Haut auflag; daselbst hatte es eine weissliche Farbe angenommen, sein Oel- und Karbol-Geruch waren geschwunden und es sah aus wie ein in Wasser erweichter Darm. Der Verband wurde wiederholt, indem die gesunden Partieen freiblieben und in auffallend kurzer Zeit war die nicht unbedeutende Quetschverletzung geheilt. Die Narbe war so weich und gefügig, dass die Beweglichkeit von Hand

und Fingern nicht im Geringsten beeinträchtigt wurde. — Einen zweiten Versuch machte Verfasser mit demselben Verbandmateriale bei Durchtrennung zweier durch fibröse Verwachsung verbundener Finger bei einem kleinen Kinde. Nach der Durchschneidung wickelte er jeden Finger besonders mit präparirtem Darme ein, legte auch in die Winkelwunde ein besonderes Stück. Die Vernarbung ging hiernach auf allen Stellen der Wundflächen gleichmässig vor sich, so dass begründete Aussicht vorhanden war, die Finger getrennt heilen zu sehen. Leider haben die auf einem Dorfe wohnenden Aeltern wegen ungünstiger Witterung das Kind nicht stets zu rechter Zeit zur Erneuerung des Verbandes zum Verfasser schaffen können und dadurch allein kam es, dass noch ein unbedeutendes Stück der beiden ersten Phalangen aneinander heilte. Verfasser glaubt bestimmt, dass auch dies sich mit dem resorbirten und schnell zur Vernarbung führenden Verbandmateriale hätte verhüten lassen. Auch war die übrige Narbe so weich und entsprach das Gewebe, dem Gefühle nach, dem normalen so sehr, dass er keine Sorge vor später folgender Verkrümmung und Steifigkeit hat. Auch hier beobachtete er, dass das auf normaler Haut aufliegende Darmstück weich und blass geworden war. Er glaubt aber, dass die Imprägnation mit Karbolöl eine zu kurze gewesen war und dass eine mehrmonatliche Dauer derselben unbedingt nöthig ist, um das Verbandmaterial auch als Bedeckung für Amputationswunden, bei welchen Hautlappenbildung unmöglich war, zu benutzen oder überhaupt bei Wunden, bei welchen grösserer Substanzverlust zu fürchten ist, namentlich in der Haut. (Allgem. mediz. Centralzeitung, 17, 1878.) —

Dr. Ludwig Loewe zu Berlin schreibt in einer vorläufigen Mittheilung an das Centralblatt für die mediz. Wissenschaften vom 2. März 1878 Folgendes: „Im hinteren Drittel des erwachsenen menschlichen normalen Auges befindet sich ein mit lymphatischer Flüssigkeit gefüllter relativ grosser Hohlraum, den man als „hintere Glaskörperhöhle“ oder vielleicht auch als „dritte Augenkammer“ bezeichnen kann. Derselbe wird nach hinten durch die Membrana limitans hyaloidea und nach vorne durch die übrige kompakte Glaskörpermasse begränzt. Letztere ist von nach dem Typus einer Apfelsine gestalteten (jedoch meist nicht ganz regelmässig angeordneten) Fächern durchzogen. Die Flüssigkeit der hinteren Glaskörperhöhle kommunizirt mit kleinen Flüssigkeits-Ansammlungen zwischen diesen Fächern. Entwicklungsgeschichtlich gestalten sich diese Verhältnisse folgendermassen: In den ersten Lebensjahren verwächst der Glaskörper mit der Netzhaut und der embryonale Spalt zwischen Netzhaut und Glaskörper verschwindet vollständig. Zugleich macht sich in der peripheren Zone des bis dahin kompakten Glaskörpergewebes die Entstehung einer neuen cirkulären spaltförmigen Höhle bemerkbar. Dieser sekundäre Spalt stellt den bleibenden Zwischenraum zwischen Netzhaut und Glaskörper dar; er ist also nicht identisch mit der oben erwähnten „hinteren Glaskörperhöhle“, welche erst weit später auftritt. Durch den cirkulären Spalt wird die äusserste Glaskörper-Peripherie vom Glaskörper selbst abgetrennt und bleibt fortan mit der Netzhaut als deren Limitans interna vereinigt. Der erwähnte Spalt erstreckt sich nur bis zum Zonulatheile des Glaskörpers. Letzterer bleibt während des ganzen Lebens mit der Netzhaut verwachsen. Die hintere Glaskörperhöhle entsteht erst mehrere Jahre später durch Verflüssigung der hinteren Glaskörperpartie. In ihr ist der Sitz vieler entoptischer Erscheinungen zu suchen. Sie ist es ferner, welche durch exzessive Erweiterung (besonders im Greisenalter) die sogenannte „hintere Glaskörperablösung“ bewirkt. Normal ist sie in allen gesunden Augen erwachsener Menschen vorhanden; ich habe im November 1877 hierüber sprechende Präparate der Berliner medizinischen Gesellschaft vorgelegt. Durch die ausserordentliche Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Zuckerkandl zu Wien gelangte ich im Januar 1878 in den Besitz eines Auges von einem 20jährigen normalsichtigen Hingerichteten, in dessen anderem Auge Prof. Schenk und Dr. Zuckerkandl das Sehroth konstatirt haben; das mir übergebene Auge war fast unmittelbar nach dem Tode enukleirt und zeigte die dritte Augenkammer auf das Schönste ausgebildet“. —

Die zahlreichen Methoden, welche zur Heilung der Ulcera cruris angegeben wurden, zeigen zur Genüge, wie gross die Zahl der damit behafteten Kranken ist und wie allen Mitteln trotzend diese Geschwüre sind. Reverdin kam desshalb auf die Idee der Hauttransplantation, die sich hier jedoch nicht bewährt hat; Fidders wollte die Heilung da-

durch beschleunigen, dass er gepulverte Haut auf die Granulationen streute, und Macleod erreichte nur negative Resultate mit seinem Befeuchten der Geschwüre mit der Lymphe aus der Blase, welche durch ein Vesikans hervorgerufen worden war. Das wiederholte Einschneiden des Geschwüres und das Ausschneiden seines Bodens führen gleichfalls nicht zum Ziele. Desshalb wendet Dr. Gurbski zu Plock seit drei Jahren eine Paste aus salzsaurem Zink und Mehl zu gleichen Theilen mit dem besten Erfolge an. Aus der Reihe der ätzenden Mittel hat er das Zincum muriaticum desswegen gewählt, weil dessen Wirkung beschränkt ist und weil man eine eben so dicke Lage der Paste anwenden kann wie der Theil dick ist, den man vernichten will. Die Narben sind weich, nachgibig und haben selbbt bei Phlebektasieen nicht die Neigung zum Zerfalle und zur Bildung neuer Geschwüre. Gurbski gibt nur zwei Fälle an, weil alle einen fast gleichen Verlauf hatten: 1) Ein 23jähriges Fräulein zeigt bei der Aufnahme am 27. April an der inneren und unteren Seite des rechten Unterschenkels ein fünf Jahre altes Geschwür, von der Gestalt einer Ellipse, 8 Cm. lang, 5 Cm. breit. Die Oberfläche desselben ist glatt, grauroth, mit dicken harten umgeworfenen Rändern. Ausserdem befinden sich an der äusseren Seite 13 kleinere Geschwüre, in der Grösse zwischen einer Linse und einem 50-Pfennigstück wechselnd. Schon früher wurden vergebens verschiedene Mittel angewendet. Eine Paste von 5 Mm. Dicke wurde nun auf die eine Hälfte des grossen Geschwüres aufgelegt und innerlich 2.0 Chloralhydrat gegeben. Um das Abfallen der Borke zu beschleunigen, wurden Kataplasmen angewendet. Am 30. April fiel sie ab und nun wurde die zweite Hälfte mit der Zinkpaste bedeckt. Am 7. Mai fiel auch diese Borke ab. Am 11. Mai war die erste Hälfte des Geschwüres und am 21. Mai das ganze Geschwür vernarbt. Am 14. Mai legte man die Paste auf die 13 kleinen Geschwüre, so dass am 14. Juni die Kranke vollständig geheilt entlassen werden konnte. — 2) Ein 20jähriges Mädchen zeigte am 15. April 6 etwa zweijährige Geschwüre, fünf von Thaler- und eines von 20-Pfennigstück-Grösse. Vier derselben wurden sofort mit der Paste bedeckt; nach 5 Tagen fielen die Borken ab, worauf die noch übrigen zwei Geschwüre in Behandlung genommen wurden. Am 28. Mai waren alle Geschwüre vernarbt. (Gazeta lekarska, 1877, Nr. 19.) —

C. Langenbuch hat als der Erste die Drainage des puerperalen und auf seiner Innenfläche erkrankten Uterus im Jahre 1872 ausgeführt, indem er damit, entsprechend den die jetzige Chirurgie beherrschenden Prinzipien der Wundbehandlung, den Sekreten einen leichten Abfluss sicherte. Die Unschädlichkeit des Verfahrens erscheint durch seine Fälle, welche zumeist in dem unter seiner Leitung stehenden Lazaruskrankenhause beobachtet wurden, so besonders durch einen, in welchem die Drainage 19 Tage in der Gebärmutter verweilte, erwiesen. Langenbuch befürwortet dieses Verfahren da, wo septische Infektion bereits besteht, um neue Invasionen septischen Materiales zu verhüten; er empfiehlt seine Methode auch für die Prophylaxis, wenn die Fälle von vornherein eine zweifelhafte Prognose bieten. — W. Schülein hat in der geburtshilflichen Universitätsklinik zu Berlin im Wintersemester 1876/77 von 287 Wöchnerinnen 206 sofort nach der Geburt prophylaktisch den Uterus mit 3proz. Karbolsäurelösung ausgespült. Sobald dann im Wochenbette frequente Puls- und Temperatursteigerungen sich einstellten, wurden die Irrigationen fortgesetzt und zwar anfangs mit Glasröhren, dann mittelst eines doppelläufigen Katheters. Bei dieser Behandlung erkrankten von den 206 Wöchnerinnen 81, darunter jedoch 26 unabhängig von der Gebärmutter. Bei dieser Morbidität von 28.2 pCt. starben 7 respektive 2.4 pCt., darunter aber nur eine einzige Patientin an Sepsis, welche mittelst Kaiserschnitt entbunden worden war. Schülein hält die Injektionen an sich für unschädlich, dabei von grossem prophylaktischem Werthe und für sehr bedeutungsvoll für einen günstigen Krankheitsverlauf. — Eine sehr ausführliche Arbeit C. Richter's enthält interessante Details über die während des Wintersemesters 1876/77 in dem Gebärhause der Charité, welches zur Zeit unter Fasbender's Leitung stand, zur Beobachtung gekommenen Wochenbettserkrankungen. Auch hier wurden, zumal nach komplizirten Entbindungen, prophylaktische Gebärmutter-Injektionen gemacht und diese dann bei Wochenbettserkrankungen fortgesetzt. Richter verfügt über ein Beobachtungsmaterial von beiläufig 3000 Injektionen. Zu diesen wurde eine drei-, bei häufigen Wiederholungen *jedoch* zweiprozentige Karbolsäurelösung benutzt, da bei jenen öfters Karbolharn auftrat. Neben den Injektionen wurde, ausser mit Blutegeln

und Eisblase, besonders mit Salicylsäurepräparaten vorgegangen, von welchen das Natronsalz mit Chinin verbunden sehr gerühmt wird. Die Resultate sind, in Anbetracht der vielen Komplikationen, sehr befriedigende: 1.6 pCt. Mortalität aller Entbundenen; 4.83 pCt. aller mit Ausspülungen Behandelten. (Centralblatt f. d. medic. Wissensch. 1878, 23. Februar.)

Dr. Jonas Hutchinson glaubt durch seine Beobachtungen berechtigt zu sein, in mannigfacher Weise Augenleiden von sexuellen Einflüssen für abhängig zu halten. — Bei Samenverlusten wird häufig über Mouches volantes geklagt. In Folge des Verlustes an Tonus bilden sich im Glaskörper sehr geringfügige Veränderungen der Zellen aus, welche als fliegende Mücken in die Erscheinung treten. Es ist dies nicht ein Symptom von Entzündung, sondern von Schwäche; die fliegenden Mücken steigern sich sofort nach jeder nächtlichen Pollution. Vorwiegend kommen sie beim männlichen Geschlechte vor, da dieses den betreffenden Ueberreizungen mehr ausgesetzt ist. Die Aknepustel im Entwicklungsalter hat nach Verf. eine ähnliche Bedeutung: sie zeigt, dass etwas im Geschlechtsleben nicht ganz in der Ordnung ist, wenn sie auch nicht gerade auf eine Schwäche deutet. — Manche sexuell Geschwächte klagen über ein Gefühl von Steifheit in den Liddeckeln, als wenn die Augen starr wären und aus ihrer Höhle vorzutreten schienen. Man findet bei solchen Individuen eine mässige chronische Ophthalmia tarsi. Solche Kranke leiden an Spermatorrhoe, sind sehr muthlos, ihr Gedächtniss hat gelitten. — Schwere Erkrankungen des Sehnerven sind nach Hutchinson selten. Manchmal scheinen sie einzutreten, wenn der Glaskörper flüssiger geworden ist, die Bulbi zeigen eine auffallende Weichheit und die Skotome sind sehr auffällig. Bei jung Verheiratheten hat er einige Male Amblyopie beobachtet, die sich nach strenger Enthaltsamkeit wieder verlor. Zuweilen kommt während der Pubertät, auch ohne geschlechtliche Sünden, ferner bei sonst kräftigen Männern gleichzeitig mit der Abnahme der Potenz eine Art progressiver Amaurose vor, welche an die Blindheit in Folge von Tabakmissbrauch erinnert. Ein Auge wird hierbei früher befallen als das andere. — Absolute Impotenz kann ohne jede Spur von Augenleiden vorkommen, ebenso eine spinale Lähmung. Diese drei Krankheiten stehen nicht nothwendig in Zusammenhang mit einander. — Schliesslich warnt Hutchinson besonders, die Gefahren sexueller Exzesse für das Auge zwar nicht zu unterschätzen, aber auch nicht, wie es die Quacksalber mit ihren Opfern zu thun pflegen, zu übertreiben. In langjähriger Erfahrung seien ihm doch nur sehr wenige Fälle von schwerer unheilbarer Augenkrankheit aus dieser Ursache vorgekommen. (Ophthalm. Hosp. Report. IX. 1. p. 1.) —

Die Drainage mit Katgutbündeln, welche von Chiene empfohlen wurde, hat allerdings den Vortheil, dass man den Drain nicht herausnehmen muss, da der in der Wunde befindliche Theil desselben resorbirt wird; der Nachtheil der Methode beruht auf dem gleichen Umstande. Die einzelnen Fäden quellen auf, junges Gewebe wächst in die Zwischenräume hinein und daher kann man den Drain nicht herausziehen, ohne Blutung anzuregen, und kann auf diese Art überhaupt nicht für längere Zeit den freien Sekretabfluss sichern. Nimmt man Bündel von Pferdehaaren, wie es zuerst von White empfohlen wurde, so hat man einen leicht desinfizirbaren, sich nicht zersetzenden, durch Kapillarität wirkenden Drain, dessen Widerstandsfähigkeit gegen äusseren Druck ihm für gewisse Fälle den Vorrang vor Kautschukröhren gibt. Durch Herausziehen eines Theiles der Haare kann man ihn leicht dünner machen. Lister wendet diese Drains jetzt mit Vorliebe an. Wenn man die Wiedereinführung eines solchen Drains für nothwendig erachtet, so nimmt man halb so viele Pferdehaare als der gewünschten Dicke entspricht, biegt dieselben über eine Sonde in der Mitte um und bindet sie dann nahe der Umbiegungsstelle mit karbolisirter Seide zusammen. So erhält man ein abgerundetes, leicht einzuführendes Ende. — Die beiden Fälle, in welchen Lister die Rosshaardrainage zuerst erprobte, sind an sich sehr mittheilenswerth: 1) Ein Mädchen von 20 Jahren hatte das eine Kniegelenk seit sieben Jahren in Folge einer ausgeheilten Gonitis unter einem Winkel von 45 Graden gebeugt, doch nicht ankylotisch. Als die Beugesehnen durchschnitten waren, bildeten die Oberschenkelknorren, welche in die Länge gewachsen waren, während die erschlafften Seitenbänder sich nicht verlängert hatten, das Hinderniss für die Streckung. Es wurde deshalb das Gelenk

von vorne her durch einen Bogenschnitt unter Schonung der Seitenbänder eröffnet und von den Knorren des Oberschenkels soviel abgetragen, dass die Streckung des Gelenkes möglich war, wenn auch nicht ohne starken Druck der Knochenenden gegen einander. Diesen letzteren Umstand hebt Lister besonders hervor und bemerkt, ein solcher Druck dürfe nur unter antiseptischer Behandlung gewagt werden. Dem Eingriffe folgte keine allgemeine Reaktion; beim ersten Verbandwechsel war die Wunde fast ganz verheilt. — 2) Querbruch der Patella. Die Gelenkhöhle war mit Blut erfüllt; es wurde eine Inzision gemacht, die Fragmente blossgelegt, angebohrt und durch zwei starke Nähte von Silberdraht vereinigt, dann an der äusseren Seite des Gelenkes ein Rosshaardrain eingelegt. Nach neun Tagen konnte derselbe entfernt werden und erfolgte die Heilung ohne Zwischenfall. (The Lancet, 1878, January 5.) —

In The Lancet vom 13. Oktober 1877 theilt Dr. Foulis folgenden Fall von Kehlkopfexstirpation mit: Ein 28jähriger Phthisiker, welcher seit Verlauf eines Jahres heiser war, hatte einen an der unteren Fläche des linken Stimmbandes mit breiter Basis aufsitzenden Kehlkopftumor, welcher auf laryngoskopischem Wege nicht zu entfernen war. Es wurde darum das Ligamentum conicum und der Ringknorpel gespalten und der weiche Tumor mit Zangen von der Wunde aus stückweise extrahirt, die Basis jedoch mit der Scheere abgetragen und geätzt. Die Geschwulst erwies sich als ein sehr zellenreiches Papillom. Nach der Heilung blieb eine feine Luftfistel zurück, welche sich allmählig spontan bis auf Zolllänge vergrösserte und durch eine plastische Operation nicht zum vollständigem Verschlusse gebracht werden konnte. Nach kurzer Zeit war der Tumor an derselben Stelle wieder neu gewachsen. Diesmal wurde die Laryngofissur ausgeführt, der Tumor exstirpirt und seine Ansatzstelle mit dem Glüheisen geätzt. — Schon nach drei Monaten konnte laryngoskopisch wieder ein Recidiv an derselben Stelle gesehen werden und einen Monat später, als die in die Luftröhre hinabhängende Neubildung schon sehr grosse Athembeschwerden verursachte, entschloss sich der Kranke zu der ihm vorgeschlagenen Kehlkopfexstirpation. Nach der Blosslegung des Kehlkopfes wurde die Luftröhre in der Gegend ihres ersten Ringes quer durchschnitten und mit einer genau in ihr Lumen passenden Röhre tamponirt. Dann wurde der Kehlkopf an seinem oberen Eingange abgelöst, da es sich herausstellte, dass die Geschwulst in der Thyreotomie-Narbe nach aufwärts gewuchert war und somit ausser den oberen Hörnern kein Theil des Schildknorpels erhalten werden konnte; schliesslich wurde die Exstirpation unter Zurückbehaltung eines Theiles der Giessbeckenknorpel vollendet. Es wurde die Luftröhre mittelst einiger Hefte an der Haut fixirt und sonst keine Naht angelegt. Das mässige Fieber, welches der Operation folgte, dauerte nur eine Woche lang. Schon nach fünf Tagen konnte der Kranke Flüssigkeiten schlucken, ohne dass mehr als einige Tropfen davon durch die Wunde abflossen. Der weitere Verlauf des Falles war günstig, nach vier Wochen war die Wunde soweit verkleinert, dass man einen künstlichen Kehlkopf anfertigen liess. Spätere Nachrichten fehlen. Die jüngsten Partieen der malignen Neubildung hatten den Bau eines Spindelzellensarkoms. —

Während bei nicht antiseptischer Behandlung nekrotisirender Verbrennungen (dritten Grades) die Demarkation des Brandschorfes unter lebhaften Reizerscheinungen des gesunden Gränzgewebes von Statten geht, so dass unter der starken entzündlichen Reaktion ein Theil des gesunden Nachbargewebes eiterig einschmilzt, findet beim Lister'schen Verbande nach Prof. Dr. W. Busch zu Bonn die Abstossung reaktionslos Statt. Das betreffende Verfahren besteht in Abwaschungen der Umgebung der verbrannten Theile mit Karbolsäure, Imbibition der Schorfes mit Karbol durch den Spray, demnächst Bedeckung desselben mit Borsalbenläppchen und darüber Applikation der Karbolgaze mit dem Makintosh. Es fehlt dann die üppige Granulation wie Eiterung und statt deren bildet sich vielmehr schnell vernarbendes junges Gewebe. Der Hauptvorzug dieses Verfahrens liegt in der Bildung einer glatten, nicht wulstigen und nicht zur Kontraktion neigenden Narbe, welche sonst eine der fatalsten Folgen tiefgreifender Verbrennungen ist. (Arch. f. klin. Chirurgie, XXII 1 S. 161.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 13. *Erlangen*, am 30. März 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Nekrose bei lokalisirtem Typhus. Die luetische Erkrankung der Augenlider. Ueber künstliche Pökilothermie. Paraplegia a frigore. Ueber die Anhäufungen weisser Blutkörper in der Gehirnrinde. Ursache raschen Todes nach ausgedehnten Verbrennungen. Eigenthümliche Produkte mykotischer Keratitis mit Amyloidreaktion.

Dass im Verlaufe von lokalisirtem Typhus Nekrose verschiedenster und namentlich peripherisch gelegener Organe vorkomme, ist keine allzu seltene Beobachtung; dieselbe wurde in der Weise beobachtet, dass z. B. die Nase, die Glans penis, eines oder das andere Labium pudendum, eine oder die andere Zehe oder sogar einer oder der andere Finger, wie endlich peripherische Hautstellen, ohne dass sie gerade dem Drucke ausgesetzten Stellen entsprächen, sich verfärbten, anfänglich roth, dann immer dunkler erschienen, sich sogar schwärzlich verfärben konnten und weitere Metamorphosen eines entweder trockenen oder feuchten Brandes durchmachten. Die Deutungen dieser Phänomene, so verschieden sie auch ausfallen, liefen bisher sämmtlich auf die Idee hinaus, dass mangelhafte Ernährung oder Unterbleiben derselben die Nekrose nach sich ziehe. Erst in neuerer Zeit gelang es eben bei infektiösen Erkrankungen, bei welchen derlei beobachtet wird, diese Störungen etwas einfacher zu erklären. Wiewohl es durch Untersuchungen, welche im pathologisch-anatomischen Institute zu Prag ausgeführt wurden, klar war, dass dem Noma nach Skarlatina, deren durch Organismen veranlasstes Wesen keinem Zweifel mehr unterliegt, die pralle Füllung der Blut- und Lymphgefässe mit Organismen zu Grunde liegt, so lag es nahe, auch bei lokalisirtem Typhus etwas Derartiges bei ähnlichen pathologischen Veränderungen, die dem Noma adäquat gesetzt werden müssen, zu vermuthen: um so mehr, als die durch Organismen bedingte Natur des Typhus localisatus immer mehr und mehr zur Gewissheit wird. — Als Beleg dieser Anschauungsweise berichtet Prof. Dr. Eppinger zu Prag folgenden Fall: Ein 17jähr. Dienstmädchen (virgo intacta) starb an Typhus abdominalis in der vierten Woche. Bei derselben wurden neben nicht besonders hochgradigen Erscheinungen eines Typhus im Ulzerationsstadium zunächst krupöse Exsudation an der Kehlkopfschleimhaut, dann lobuläre typhös-pneumonische Herde in der Lunge, die gewöhnlichen Erscheinungen der parenchymatösen Degeneration der drüsigen Organe und des Herzens und eine auffallende Erkrankung der Scheidenschleimhaut vorgefunden. Diese letztere erschien in ihrem ganzen Umfange verwandelt in eine trockene, quer gerunzelte, vollständig schwärzlich gefärbte Haut, wobei besonders auf der Höhe der Runzeln die schwarze Farbe vortrat, während in den Vertiefungen zwischen solchen Runzeln sich nur eine dunkelrothe Färbung kundgab, was besonders auffiel, wenn man die Scheide spannte. Diese Veränderung erstreckte sich von den Kommissuren nach aufwärts bis zum Labium externum uterinum; der Uterus dagegen und seine Adnexa boten keine Veränderungen. Senkrechte Einschnitte zeigten, dass die oberflächlichste Lage total und zwar recht regelmässig in eine 0.5—1.0 Mm. dicke schwärzliche hämorrhagisirte Schichte

umgewandelt war. Die darauf folgenden Schichten, deutlich als Muskelschichten erkennbar, boten nur insoferne eine Veränderung dar, als ihre sonst nur unscheinbaren Gefässe nicht nur dilatirt, sondern auch prall mit frisch geronnenem Blute erfüllt waren. Die Labien, der Mastdarm und sonst jegliche Nachbarschaft der Scheide waren völlig normal. — Nachdem nun die Scheide sorgfältig und bald nach der Sektion in starkem Alkohol erhärtet war, zeigten Durchschnitte in der Längsrichtung überall, wo man untersuchte, ein ganz homologes Bild, nämlich: zunächst war die papilläre Struktur der Schleimhaut, welche sonst so augenfällig ist bei jungfräulichen Scheiden, vollständig aufgehoben, dagegen konnten streng geschiedene Schichten, wenn auch im pathologischen Sinne, unterschieden werden. Oberflächlich gab es nämlich eine 0.048 Mm. dicke Lage eines etwas glänzenden Gewebes, welche sich strenge von der darunter liegenden abgrenzte und in welcher vollständig formlose, sich durch nichts tingirende, durch Essigsäure nur sehr wenig quellende Schollen vorfanden, welche das vollständig nekrotisirte Epitel der vielleicht durch Spannung oder Starre völlig ausgeglichenen Papillen substituiren. Es mag nun hier gleich bemerkt werden, dass diese Schichte sich über den oben erwähnten Runzeln etwas dünner, in den Vertiefungen zwischen ihnen dagegen breiter gestaltete, ob zwar dort wie hier die soeben bezeichnete Struktur sich gleich blieb. Während nun an den ersteren Stellen, zwischen den scholligen Massen in der Tiefe, wie auch bis an die Oberfläche ragend, kleine Ballen von Mikrokokken (äusserst schön durch Hämatoxylin-Färbung ersichtlich) eingelagert waren, konnten in der den Vertiefungen entsprechenden oberflächlichsten Schichte allerdings auf eine bestimmte Breiten-Dimension beschränkte Konvolute länglich gestalteter Schläuche von Mikrokokken-Massen nachgewiesen werden, die untereinander kommunizirten und somit in einem Röhren- oder zum Mindesten in einem Spalt-System gelagert sein mussten. Dies Bild war an den den verschiedensten Stellen entnommenen Präparaten konstant dasselbe. — Auf diese Schichte folgte nun eine 0.21 Mm. dicke zweite Lage, welche ganz ein gleichartiges hämorrhagisches Stratum bildete, in welchem nichts als nur frei ergossenes verändertes Blut zu erkennen war, und auch nach möglichster Lösung z. B. durch Eisessig kam nur eine gleichartig rothe Schicht zum Vorschein, unter welcher dann gegen die Tiefe zu eine unregelmässige, höchst dünne Lage kam, die aus ausgetretenen rothen Blutkörperchen bestand, zwischen denen die Durchschnitte äusserst weiter Gefässe hindurchzogen. Diese abnorm bis ad maximum erweiterten Gefässe durchzogen überhaupt die ganze Schleimhaut und noch mehr das ohnehin dünne, aber hier auch verbreitete submuköse Bindegewebe. Dieses seinerseits bot nun zwischen und rings um die Gefässe gelagerte nekrotisch zellige Elemente dar, welche vollständig kernlos geworden und auch keine Hämatoxylin-Färbung zeigten. Was nun endlich die Muskelschichten betraf, so war zu bemerken, dass die Ringmuskelschichte bedeutende Veränderungen durch frische und erhaltene Zelleninfiltration erfahren hatte, so dass Querschnitte der glatten Muskelfaserbündel vollständig umgeben erschienen von deutlichen Zellsträngen, welche ebenfalls unter einander zusammenhingen. In sparsamerer aber doch nachweisbarer Menge fanden sich diese letzteren auch zwischen den Längsbündeln der glatten äusseren Muskelschichte. — „Soll nun", sagt Eppinger, „dieser ganze Befund gedeutet werden, so würde er früher einfach als Diphtheritis der Scheide bezeichnet worden sein, wie man ja sonst auch gemeinhin die tiefgreifenden nekrotischen Prozesse z. B. an der Kehlkopfschleimhaut, als derartige diphtheritische, typhöse Laryngitis erklärt hatte. Eine derartige Identifizirung dieser beiden Prozesse wie auch die angedeutete Bezeichnung geht wohl nicht mehr an, weil man sich doch daran gewöhnen muss, sich unter Diphtheritis einen spezifischen Prozess vorzustellen, der weder mit Typhus, noch überhaupt mit einer anderen Allgemeinerkrankung etwas Identisches besitzt und auch nicht eine symptomatische pathologische Veränderung darstellt. Andererseits ist die typhöse Laryngitis ebenfalls etwas Anderes, sie ist nämlich, wie anderen Ortes gezeigt werden soll, eine bestimmt lokalisirte und zunächst an die adenoide Substanz gebundene Veränderung, die analog denen im Darmkanal gedeutet werden könnte. — Hier aber an der Scheide bestehen die wichtigsten Veränderungen an der Schleimhaut selbst. Die Epitelschicht zusammt dem Papillenstroma erscheinen in eine vollständig nekrotische Schicht umgewandelt, in welche theils freie, theils in ein Röhrensystem eingelagerte (ob ein Lymph- oder Blutgefässsystem, ist nicht zu unterscheiden) Mikrokokken-Massen eingebettet sind. Fasst man nun die unmittelbar darunter gelegene

ämorrhagische Schichte in's Auge, so liegt wohl um so näher, diese Erscheinung in n Abhängigkeitsverhältniss mit der mykoti-chen Thrombose darüber in Zusammenhang bringen, als ja das Gegentheil etwas mehr nwahrscheinlichkeit für sich hätte. Nimmt an endlich noch den Umstand hinzu, dass den kolossal dilatirten Gefässen stets eine xquisite Randstellung weisser Blutzellen be-bachtet wird, so wird wohl einmal die Blut-tase durch die Beengung des Kapillarstromes rklärt werden können; ob diese Beengung un durch thrombotische Füllung der Kapil-aren oder der Lymphgefässkapillaren durch nykotische Massen erfolgte, das bleibt sich uoad eventum gleich; das andere Mal aber rgibt sich daraus die reichliche Zelleninfil-ration des Gewebes tiefer darunter, die aber noch lange nicht die Symptome einer gewöhn-lichen Phlegmone an sich trägt. Viel ge-wisser dagegen begründete sich durch die soeben erwähnten mechanischen Verhältnisse die allerdings rasch erfolgte Nekrose der Scheidenschleimhaut, so dass der oben mit-getheilte Befund der Scheidenschleimhaut als Nekrose ganz richtig bezeichnet werden kann. In dieser Beziehung muss dieser ganze Pro-zess analog jenen nekrotischen und nachträg-lich gangränösen Prozessen an die Seite ge-stellt werden, welche den Namen des Noma führen und, indem auch von diesen nach-gewiesenermassen bekannt ist, dass sie sich auf einen spezifisch mykotisch-thrombotischen Prozess zurückführen lassen und sich auch, was den Ausgang anbelangt, ganz identisch verhalten, so bleibt es gerechtfertigt, diesen Prozess der hämorrhagischen Nekrose der Scheidenschleimhaut gleichwerthig dem Noma zur Seite zu stellen. Da endlich beiden als ursächliches Moment der Nachweis von Mikro-Organismen zu Grunde liegt, so bleibt die oben aufgestellte Ansicht durch histologische Thatsachen zum Mindesten wahrscheinlicher gemacht als durch die Annahme unerwiesener arterieller Thrombosen oder durch die noch vagere Behauptung, dass Noma oder über-haupt Nekrose und nachträgliche Gangränen durch mangelhafte Ernährung herbeigeführt werden. Dabei bleibt aber endlich die wichtigste Thatsache unterstützt, nämlich dass, wie dieser Fall zeigt, der einen ganz reinen lokalisirten Typhus darstellt, auch dieser Er-krankung die ersichtliche Theil-nahme einer Mykose zu Grunde liegt". (Prager mediz. Wochenschrift, 1877.) —

Die luetische Erkrankung der Augenlider gehört zu den seltenen Er-scheinungen der syphilitischen Veränder-ungen. Unter 40,000 Syphiliskranken hat Prof. Dr. H. Zeissl nur 8 derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Auch in der Literatur sind nicht viele Fälle verzeich-net. Der erste Autor, welcher mit Bestimmt-heit von der luetischen Erkrankung der Augen-lider in relativ klarer Weise spricht, ist Astruc (1738). Plenk (1787) erwähnt diese Krankheit ebenfalls. Erst bei Law-rence (1826), der einige Fälle gesehen zu haben angibt, finden wir eine ausführliche Schilderung der syphilitischen Ulzeration der Augenlider. Mackenzie (1830) sah zwei Fälle. Alibert, Colles, Fuchs, Schwarz, Giraudeau de St. Gervais, Wallace, Hölder, Wedl, Lancereaux, Cullerier, Ricord, Desmarres, Hirschler, Ma-gawly, Bäumler, Stellwag, Michel, Boeck, Laskiewicz und Mauthner wer-den als Autoren citirt, die theils das Leiden besprechen, theils einschlägige Fälle mittheil-en. Zur näheren Schilderung des Krank-heitsprozesses selbst übergehend lässt Zeissl die Ulzerationen, welche durch weiche Schan-kergeschwüre an den Augenlidern hervorge-rufen werden können, hier unberücksichtigt. — An den Augenlidern kann die Syphilis wie an jeder anderen Stelle der allgemeinen Be-deckung und der Schleimhaut auftreten: 1) Als Initialsklerose (Wallace, Ricord). 2) Kön-nen an den Augenlidern zuweilen, doch sehr selten, syphilitische Exantheme in Form eines erythematösen oder papulösen Syphilides etc. entstehen. Diese Exantheme manifestiren sich am Augenlide in ganz ähnlicher Weise wie an anderen Stellen der allgemeinen Bedeck-ung. 3) Endlich kann sich am Augenlide das Endprodukt der Syphilis, das Gumma syphiliticum, entwickeln. — Die Initialsklerose, durch die direkte Aufnahme des Giftes ent-standen, und das Gumma differiren nicht in ihren Erscheinungen. Das eine wie das an-dere Augenlid, meistens das obere, zeigt in einem Theile seines Randes bis weit in den Tarsaltheil hinein eine solche brettharte Ver-dichtung des Lides, dass durch dieselbe nicht nur der Lidschlag bedeutend beeinträchtigt, sondern selbst die Umstülpung des Lides er-schwert wird. In einzelnen Fällen hängt das Augenlid wie bei der Blepharoptose über den Bulbus herab. Das Kolorit der Lidhaut ist, je nach der Dauer des Leidens, dunkel-, matt-oder braunroth. In allen Fällen wurde bis

jetzt totale oder theilweise Madarosis konstatirt. Die Hauptschwierigkeit in der Abschätzung der in Rede stehenden Erkrankung liegt also darin, dass es gewöhnlich sehr schwer wird zu bestimmen, ob die bestehende Augenliderkrankung als Initial- oder als Terminal-Affektion (Gumma) der Syphilis aufzufassen sei. — Die für die Sklerose so wichtigen Lymphdrüsenschwellungen in der Nachbarschaft derselben geben für die spezifische Augenliderkrankung kein Kriterium ab, da bei irritativen und ulzerativen Prozessen an den Augenlidern die in der nächsten Nähe gelegenen Lymphdrüsen bekanntlich auch bei skrophulösen Individuen partizipiren. Die Diagnose des besprochenen Leidens wird ferner dadurch erschwert, dass an keiner Stelle der allgemeinen Bedeckung sich so rasch indurirte Bindegewebswucherungen entwickeln, als eben an den Augenlidern, und dass sowohl makroskopisch als auch mikroskopisch Initialsklerose und Gumma des Augenlides, wie schon oben bemerkt, eine grosse Aehnlichkeit haben. Dazu kommt noch, dass der luetische Prozess in etwas verschiedener Weise wie an anderen der direkten Inspektion zugänglichen Partieen des Körpers verläuft. Die Krankheitsherde, welche durch die Syphilis an den Augenlidern hervorgerufen werden, entwickeln sich nämlich viel monströser und rapider als an den übrigen Schleimhaut- oder Haut-Partieen. Diese monströse Entwicklung der syphilitischen Produkte bewirkt es nun, dass beispielsweise eine syphilitische Papel am Augenlide in Grösse und Aussehen einem Gumma syphiliticum ähnelt. Zur richtigen Stellung einer Diagnose muss man daher die sonst noch am Kranken vorhandenen syphilitischen Affektionen in Betracht ziehen. Wir werden also, wenn wir an irgend einer Stelle der allgemeinen Bedeckung eine Hunter'sche Induration oder ein der irritativen Periode der Syphilis angehöriges Exanthem finden, die Geschwulst am Augenlide für eine Papel oder eine Initialsklerose erklären müssen; finden wir hingegen an einer anderen Stelle des Körpers Gummata oder sonstige Spätformen der Syphilis, so müssen wir die Geschwulst am Augenlide als Gumma ansprechen. So wie man heutzutage eine Iritis papulosa und gummosa unterscheidet, so ist man auch berechtigt, von einer Blepharitis papulosa und gummosa zu sprechen, welche beide Formen nicht immer durch ihre Aeusserlichkeit, sondern oft nur durch eine Schlussfolgerung zu eruiren sind, welche auf dem Gesammtbilde der luetischen Affektion in dem betreffenden Organismus beruht. Eine einzige Thatsache kann höchstens die am Augenlide sitzende Papel von dem an dieser Stelle auftretenden Gumma unterscheiden. Es pflegt nämlich das Gumma in seinem Zerfalle einen sehr starken und bleibenden Substanzverlust in loco zu veranlassen, während die am Ciliarrande des Augenlides sitzenden Papeln einen sehr oberflächlichen oder gar keinen Defekt der Augenlidtextur an Ort und Stelle nach sich ziehen. Ueberdies sind die gummösen Geschwülste am Augenlide nahezu ausschliesslich mit Symptomen der sogenannten tertiären Syphilis der verschiedenen Gewebssysteme gepaart, zu welchen namentlich die sogenannte Tarsitis palpebrarum zählt, während die nicht gummösen, also irritativen Erkrankungen des Augenlides höchst selten mit der sogenannten tertiären Syphilis, und dafür gewöhnlich mit syphilitischen Manifestationen leichterer Art gleichzeitig auftreten. (Allg. Wien. med. Zeitung, 1877.) —

Claude Bernard hat (im Jahre 1850) die schöne Entdeckung gemacht, dass man Warmblüter beliebig zu Kaltblütern machen kann, so dass u. A. auch deren Muskeln und Nerven ein langes Ueberleben nach dem Tode der Thiere zeigen, wenn man ihnen das Rückenmark an bestimmter Stelle durchschneidet oder (1857) ihnen, indem man sie unter eine Glasglocke bringt, unter welcher sie dem Ersticken nahe kommen, den Sauerstoff entzieht. Nur noch M. Schiff hat sich (1869) mit diesem Gegenstande beschäftigt und die Alkoholisirung des Thieres, das Ueberfirnissen desselben, die Kurarisirung und Vergiftung mit Koniin in Verbindung mit der künstlichen, verschiedenartig regulirten Respiration als denselben Effekt erzielend, übrigens, wie Claude Bernard, ohne genauere Details über die Bedingungen des Zustandekommens und über die Wirkung des Versuches angegeben. Diese näheren Details in Bezug auf das geeignetste Operationsverfahren und auf das Verhalten der überlebenden Organe (für Kaninchen, an denen allein er experimentirte) festzustellen, machte sich Dr. Oscar Israel („Ueber künstliche Poekilothermie") zur Aufgabe. Ein sehr gutes Verfahren ist das von Claude Bernard angewendete der Durchschneidung des Rückenmarkes zwischen dem 5. und 6. Halswirbel; man darf, will man die richtige und volle

Wirkung der Operation erhalten, weder höher noch tiefer durchschneiden. Der nächste Effekt der Operation ist, wie auch Cl. B. schon hervorhebt, heftige Aufregung mit grosser Puls- und Athem-Frequenz, doch schon nach 5—10 Minuten beginnt eine Abnahme der schnell zur Norm zurückgekehrten Herz- und Respirationsthätigkeit und der Temperatur. Die Erniedrigung der letzteren steht im geraden Verhältnisse zu der Länge der Zeit, während welcher die Thiere den Einwirkungen der Operation ausgesetzt bleiben. — Die Alkoholisirung der Thiere zum Zwecke ihrer Abkühlung (nach Schiff) wirkt unsicher; bald macht man das Thier bloss zum Potator, bald geht es zu frühe unter heftigen Konvulsionen toxisch zu Grunde. Am zweckmässigsten ist, zuerst 10—20 Ccm. einer 20-prozentigen Lösung von Alkohol absolutus in destillirtem Wasser in den Peritonealsack und dann kleinere Dosen von 6—12 Ccm. subkutan jedes Mal dann zu injiziren, sobald nach raschem Absinken eine beständige Temperatur eingetreten ist. Man muss meistens im Ganzen mehr als 100 Ccm. injiziren, kann aber damit einen sehr gleichmässigen langsamen Temperaturabfall erzielen. — Sehr gut verwenden lässt sich auch die Berieselung des Bauchfelles nach Wegner. Mittelst eines Trokar's, dessen Kanüle vielfach fein durchbohrt ist und mit der Wasserleitung oder einem Irrigator verbunden ist, wird die Bauchhöhle drainirt. Man kann dabei die Temperatur des Thieres sehr gut reguliren, z. B. so, dass in 10 oder weniger Minuten die Temperatur um je ein oder mehrere Zehntheile eines Grades sinkt. — Alle diese Methoden haben das Gemeinsame und kommen bei zweckmässiger Art der Operation darauf hinaus, Warmblüter bedeutend unter die Norm abzukühlen und dadurch Ueberleben der Muskeln und Nerven zu erzielen. Die Abkühlung darf hierzu nicht zu gering sein (nicht oberhalb 23° C.), da sonst das Maximum des Ueberlebens nicht erreicht wird; sie darf aber auch nicht zu gross sein (nicht unterhalb 21° C.), da einestheils Kaninchen bei niedrigeren Temperaturen leicht sterben, andererseits das Maximum bei 21° erreicht ist. Das Sinken der Temperatur darf auch nicht zu schnell erfolgen (2 Stunden) oder zu langsam (81 Stunden). Die längste Dauer der Lebenseigenschaften erreicht man, wenn man in 6—10 Stunden bis auf ungefähr 20° abkühlt; die Erregbarkeit vom Nerven aus überdauert dann 3—3½ Stunden, die des unmittelbar gereizten Muskels 6—8 Stunden den Tod des Thieres. Auch das Herz reagirt noch mehrere Stunden nach dem Tode auf Reize und zieht sich zusammen, wenn man es mit Blut gefüllt erhält, noch 1—2 Stunden lange von selbst. Man kann dann die Muskeln auch vom Nerven aus (wie bei Kaltblütern) tetanisiren. Die Abnahme der Erregbarkeit nach dem Tode geschieht ganz allmählig, nicht jäh, wie bei normalen Warmblütern. Die elektromotorische (nach Du Bois-Reymond's Kompensationsmethode gemessene) Kraft der Muskeln und Nerven ist denselben Organen normaler Warmblüter gegenüber erhöht, nimmt auch nach dem Tode weniger steil ab als bei diesen; diese Unterschiede sind aber weniger hervortretend als die der Erregbarkeit. Wenn man demnach auch durch die künstliche Abkühlung nicht so gute Kaltblüter erhält wie der Frosch ist, so bildet sie doch eine sehr beachtenswerthe Methode für die Untersuchung der Erregbarkeit der mechanischen Leistungen. — Die Erklärung, welche Israel für die Erscheinungen der künstlichen Pökilothermie gibt, ist die, dass die Abkühlung bei den Warmblütern eine unzureichende Oxydation der Körperbestandtheile bewirkt und dass dadurch ihr Organismus bei dem Aufhören der so sehr verlangsamten Cirkulation nicht so heftig erschüttert wird, wie der eines normalen Warmblüters mit bis zum Tode ausreichendem Gaswechsel und voller Desassimilation. Geringere Lebensenergie geht mit grösserer Lebenszähigkeit Hand in Hand; von den in seinen Organen aufgespeicherten Nährstoffen zehrt der künstliche wie der natürliche Kaltblüter länger als der Warmblüter. In den wenigen Stunden von der Operation bis zum Tode erspart der künstliche Kaltblüter aber „diejenige Menge oxydationsfähiger Substanz, welche neben der grösseren Dauerbarkeit seiner Organe nöthig ist, um sein verlängertes postmortales Leben zu fristen". (Arch. f. Anat. u. Physiol., Physiol. Abth., 1877.) —

Die durch Einwirkung der Kälte erzeugte Paraplegie — Paraplegia a frigore — kann nach C. Lange weder als rheumatische noch als Reflexlähmung aufgefasst werden; ihr Verlauf und ihr ganzes Verhalten entspricht vielmehr im Ganzen dem bei anderen Rückenmarkskrankheiten. Die Einwirkung der Erkältungsursachen auf das Rückenmark äussert sich auf verschiedene

Weise. Soweit Lähmungen — sensible oder motorische — die Folgen derselben sind, können diese bei einer anhaltenden oder häufig wiederholten Einwirkung des ursächlichen Momentes sich ganz langsam gradweise entwickeln und einen chronischen Verlauf nehmen (auf diese Weise entsteht am häufigsten die chronische Myelitis und fast allein die Tabes). Oder, was viel seltener der Fall ist, plötzliche starke Einwirkung der Kälte kann zu spinalen Krankheitsprozessen Veranlassung geben, die sich akut entwickeln, leicht rasch das Maximum ihrer Intensität erreichen, aber dann einen sehr verschiedenen Verlauf nehmen. In seltenen Fällen kann sich die Lähmung rasch und vollständig verlieren, verhältnissmässig häufig zieht sich die Parese lange hin und geht schliesslich in Heilung über, wenn sie richtig behandelt wird; unter ungünstigen Verhältnissen aber wird sie schwerer und unheilbar, ohne Zweifel in Folge der Entwicklung eines subakuten myelitischen Prozesses. Diese Fälle sind es, die besondere Wichtigkeit in praktischer Beziehung besitzen, da ihr Ausgang in so hohem Grade von der Behandlung abhängig ist. Eine dritte Form von spinaler Lähmung in Folge von Erkältung, bei welcher die Einwirkung der Kälte gleich von vornherein zur Entstehung eines charakteristischen und intensiven myelitischen Prozesses Veranlassung gibt, entweder in Form akuter Erweichung oder wirklicher Abszessbildung, ist zwar in pathogenetischer Hinsicht nicht scharf von der vorhergehenden zu unterscheiden, aber es handelt sich dabei doch wohl um mehr als eine blosse Verschiedenheit des Grades. Nicht nur Verlauf und Prognose sind verschieden, sondern bei den heilbaren Lähmungen hat man es offenbar noch nicht mit der Entzündung zu thun, sondern mit einem Zustande, welcher unter ungünstigen Verhältnissen zu solcher sich entwickeln kann. — Die Fälle, in welchen nach Einwirkung von Kälte auf die Körperoberfläche sich rasch eine zunächst nicht von anatomischen Veränderungen im Rückenmarke abhängige Paralyse entwickelt — welche Verfasser ausschliesslich im Sinne hat — zeigen in Bezug auf Symptome und Verlauf eine grosse Uebereinstimmung, so dass das Krankheitsbild gewissermassen etwas Typisches besitzt. Nach einem bis zwei Tagen tritt Schwäche in den unteren Extremitäten auf, in der Regel beiderseits in gleich hohem Grade, mitunter aber doch hauptsächlich in der einen; rasch erreicht die Schwäche ihr vorläufiges Maximum, wobei in der Regel die Patienten noch ohne wesentlichere Störung auf ebener Erde gehen können; Störungen in der Entleerung des Darmes oder der Blase sind nicht vorhanden. Das Auftreten der Lähmung kann von Schmerzen oder Dysästhesieen, besonders in den unteren Extremitäten oder im Rücken, begleitet sein und diese Schmerzen können fortdauern, so lange die Schwäche besteht; es kann aber auch Anästhesie oder Hyperästhesie oder es können beide zugleich an verschiedenen Stellen der ergriffenen Extremität auftreten. Neigung zum Aufwärtssteigen besteht vor der Hand nicht; das Allgemeinbefinden bleibt gut; spinale Schmerzen oder Empfindlichkeit an der Wirbelsäule sind nicht vorhanden. Gewöhnlich bleibt der Zustand so einige Wochen unverändert und unter günstigen Verhältnissen und guter Behandlung und Haltung tritt binnen einigen Monaten die Rückkehr zur Norm ein, doch kann selbst bei so günstigem Verlaufe der geringste Fehler sofort wieder eine Verschlimmerung des Leidens hervorrufen, die jedoch durch Beseitigung der Schädlichkeit in der Regel leicht wieder ausgeglichen wird. Auch noch nach der anscheinend vollständigen Heilung bleibt Neigung zu solchen Rückfällen zurück und je häufiger es zu ihnen kommt, desto leichter kehren sie wieder. Wenn nun die Rückfälle zahlreich oder die ursächlichen Erkältungen intensiv sind oder wenn die Behandlung nicht zweckmässig ist, kann eine weitere Verschlimmerung eintreten. Es können entweder auch die Arme ergriffen werden oder die Parese wird intensiver und hartnäckiger, es treten tiefere Veränderungen im Rückenmarke ein und es kann sich eine subakute oder chronisch verlaufende Myelitis ausbilden. — Was die Pathologie des Leidens betrifft, so lassen sich allerdings zur Zeit nur Vermuthungen aufstellen; diese haben aber einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit. Der Umstand, dass dasselbe zu Grunde liegende ursächliche Moment, wenn es intensiver einwirkt, gleich von Beginn an eine akute Myelitis hervorrufen kann, und dass die Paraplegie, wenn sie recidivirt, nach und nach zu einer subakuten oder chronischen Myelitis führen kann, deutet mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass es sich bei dieser Paraplegie, wenn auch nicht wirklich um das erste Stadium eines Entzündungsprozesses im Rückenmark, so doch jedenfalls um einen Prozess handelt, der in seiner weiteren Entwicklung zu Entzündung führen kann, und

am nächsten liegt hier der Gedanke an Hyperämie. Durch die bei der Einwirkung der Kälte entstehende Ischämie der Haut, besonders an den unteren Extremitäten, ist ein möglicher Ausgangspunkt für eine kollaterale Fluxion zum Rückenmarke gegeben, die bei starker Abkühlung nothwendiger Weise eintreten muss, und dieses Verhalten muss als Ursache der sonst auf keine andere Weise erklärbaren, aber doch unzweifelhaft vorhandenen Einwirkung der Kälte auf die Funktionen des Rückenmarkes angesehen werden. — Die Prognose kann absolut günstig genannt werden, sobald die Haltung des Patienten und die Behandlung zweckentsprechend sind. Letztere ist vielleicht in der Regel gar nicht nöthig, wenn nur der Kranke sorgfältig Alles vermeidet, was Fluxion zum Rückenmarke mit sich bringen kann, vor Allem neue Erkältung oder Körperanstrengung; zweckmässige Behandlung kann aber den Verlauf abkürzen, der meist sich in die Länge zu ziehen geneigt ist. Bei ganz frischen Fällen dürften nach Lange Blutentziehungen längs der Wirbelsäule von Nutzen sein, bei älteren Fällen wendet er mit Vorliebe kräftige Strahldouchen an, senkrecht auf die Längsachse der Wirbelsäule, die er für ein ganz besonders wirksames Mittel gegen Rückenmarkshyperämie hält, die aber nicht immer zu beschaffen sind. Als für längere Zeit anwendbares ableitendes und bequemes Mittel sind energische Jodbepinselungen längs der Wirbelsäule zu empfehlen, von inneren Mitteln Jodkalium, Argentum nitricum oder Secale, welches als auf den Kreislauf in den Nervencentren wirksam betrachtet wird. (Hosp.-Tidende 2. R. IV. 31. 32. 1877.) —

Herzog Karl Theodor in Bayern, Dr. med., veröffentlichte in Virchow's Arch., 69. Bd., 1877, Untersuchungen über die Anhäufungen weisser Blutkörper in der Gehirnrinde. Diese Arbeit modifizirt und widerlegt die von Popoff ausgesprochene Behauptung, dass bei Abdominaltyphus weisse Blutkörperchen nicht nur in der Nähe der Ganglienzellen sich befänden, sondern auch in die Substanz derselben aufgenommen würden und sodann Anreiz zu Kerntheilungen gäben. Der Verfasser untersuchte auf dieses Verhalten das Gehirn in 22 Typhusfällen der verschiedensten Stadien, bei 26 verschiedenen anderen Erkrankungen, wie Masern, Lungenentzündung, akuter Leberatrophie u. s. w., sowie in zwei Fällen plötzlichen Todes vorher ganz Gesunder und benutzte zur Färbung der Präparate Anilin, da ihm die Karmintinktion, deren sich auch Popoff bediente, nicht genügend deutliche Bilder gab. Verf. kommt bei seinen Untersuchungen zu folgenden Resultaten: 1) In der Rinde eines jeden Gehirnes, auch des normalsten, finden sich ziemlich viele weisse Körperchen. 2) Verlangsamte Cirkulation mit erhöhtem Wassergehalte des Gehirnes bringt vermehrte Anhäufung der weissen Körperchen zu Stande. 3) Die Körperchen liegen ausser in den perivaskulären His'schen und in den Robin'schen adventitiellen Kanälen vorzugsweise in den perigangliönären Räumen. 4) Sie dringen nie in die Substanz der Ganglienzellen ein und erzeugen niemals einen Anreiz zur Kerntheilung der letzteren. 5) Die Gehirnerscheinungen hängen nicht mit der Anwesenheit, nicht einmal mit der Vermehrung der weissen Körperchen zusammen, ja nicht einmal mit der Verlangsamung des Kreislaufes und dem erhöhten Wassergehalte, wenn dieselben auf schleichende Weise erfolgen, sondern können nur als der Ausdruck einer ganz akuten Steigerung der erwähnten drei Momente betrachtet werden, wobei noch der Fieberprozess und die fiebererregende Ursache mit in Rechnung kommen. — Als Nebenbefunde der Untersuchungen erwähnt Verfasser folgende: 1) Die als Krause'sche Riesenpyramiden bekannten grossen Ganglienzellen, welche in einem Falle krupöser Pneumonie im Stirnlappen zerstreut vorkamen und in ihrer Substanz eigenthümliche strichförmige Gebilde der Längsachse der Zellen nach geordnet zeigten. 2) Parallel gerichtete Züge kleiner kantiger Körnchen, welche sich in zwei Fällen (Lungenemphysem und chronische Myokarditis) vorfanden, durch Anilin feuerrothe Farbe annahmen und als eine besondere Entartung der Nervensubstanz (Myelin) oder als eingelagertes Pigment aufzufassen sein dürften. 3) Kugelige Zerklüftung der Grundsubstanz und mannigfache Einlagerung, welche einem wahrscheinlichen Falle von Phosphorvergiftung angehörte und einzelne sich mattviolett färbende, konzentrisch geschichtete, vom Verf. als Leucin angesprochene Kugeln in sich hervortreten liess. —

Die Ursachen des rasch eintretenden Todes nach ausgedehnten Verbrennungen beleuchtet Dr. E. Sonnen-

burg in der deutschen Zeitschr. f. Chirurgie, IX S. 138. Sehr schnell zu Tode führende ausgedehnte Verbrennungen sind aus im Original nachzusehenden Gründen weder durch die in Folge der Lähmung der Hautgefässe auftretende Abkühlung und die an letztere angeblich sich anschliessende Herzlähmung, noch dadurch zu erklären, dass schädliche Stoffe im Blute gebildet und zurückgehalten werden. — Eine erste Todesursache in solchen Fällen kann die Ueberhitzung des Blutes und die aus derselben nothwendigerweise sich ergebende Herzparalyse sein, wobei der Blutdruck nicht herabgesetzt zu sein braucht. In denjenigen Fällen, in welchen diese Ueberhitzung keine Rolle spielt und in welchen der Tod nicht in der allerersten Zeit eintritt, sind die charakteristischen Kollapserscheinungen des Verbrannten als Wirkung eines übermässigen Reizes auf das Nervensystem anzusehen, der reflektorisch eine Herabsetzung des Tonus der Gefässe zur Folge hat. Wurde ein an den hinteren Extremitäten und dem unteren Bruchtheile verbrühter Frosch nach Resektion des Brustbeines mit einem normalen verglichen, so zeigte sich in auffallender Weise eine Herabsetzung des Tonus der Gefässe, während das Herz kräftig, aber wirkungslos pumpte. Hier und da traten auch eine auffallend dunkle Färbung des Blutes und alle Anzeichen einer Athemlähmung ein. Nahm Verfasser dagegen die Verbrühung erst nach Durchschneidung der Ischiadici oder nach tiefer Rückenmarksdurchschneidung vor, so konnte er keine Spur einer Reaktion auf Herz oder Gefässe nachweisen. — Bei Säugethieren, bei welchen die Uebergiessungen mit siedendem Wasser ebenfalls bis zur Grenze der Brust- und Lendenwirbel geführt wurden, zeigte sich beim Beginne der Verbrühung eine starke Erhebung des Blutdruckes, während dieser nach Schluss der Verletzung bedeutend und stark absank — auch wenn die Ueberhitzung des Blutes durch nachträgliche sofortige kalte Uebergiessungen vermieden wurde. Hatte man dagegen kurz vor der Verbrühung das Rückenmark durchschnitten oder Aorta und Hohlvene so unterbunden, dass das untere Rückenmarkssegment für eine Zeit lang blutleer blieb, so liess sich an den Kurven keine Aenderung finden, die als abhängig von der Verbrennung zu deuten gewesen wäre. — Dass später, nach Tagen oder Wochen, durch Resorption septisch wirkender Zersetzungsprodukte von den verbrannten Flächen aus der Tod unter dem Bilde einer allgemeinen Sepsis eintreten kann, ist selbstverständlich; ebenso kann es durch die an die Verbrennung sich anschliessende Entzündung zu ausgedehnter Thrombenbildung und zur Lungenembolie kommen. —

Eigenthümliche Produkte mykotischer Keratitis mit der Reaktion des Amyloids fand A. Frisch gelegentlich künstlicher Milzbrandinokulationen in das Gewebe der Hornhaut. Während bei derartigen Versuchen in den meisten Fällen durch die Fortentwicklung der Bacillen eine rasche Zerstörung der Hornhaut, ein Geschwür, gebildet wird, gibt es doch auch milder verlaufende Fälle, in welchen allmählig eine Heilung mit Aufhellung der ergriffenen Partie sich einleitet. Derartige Objekte waren es, bei welchen in der Peripherie der Impfstelle umfängliche hellglänzende Schollen gefunden wurden, welche bei genauerer Untersuchung eine dreifache Quelle ihrer Entstehung erkennen liessen. Erstens waren es degenerirte oder in Degeneration begriffene Hornhautkörperchen, welche zwar noch einen Kern führten, aber ihre Fortsätze eingebüsst hatten; zweitens waren es grössere oder geringere Abschnitte von Nerven, welche der Metamorphose verfallen waren; drittens endlich stellten die Massen Schollen von unregelmässigem Gefüge dar, welche auf keinen der normalen Gewebsbestandtheile der Hornhaut zurückgeführt werden konnten und vermuthlich von pathologischen Exsudaten herrührten. — Alle diese glänzenden Klumpen gaben auf Jodzusatz eine mahagonibraune und auf konzentrirte Schwefelsäure eine violettrothe Färbung; sie erwiesen sich von einer bemerkenswerthen Resistenz gegen die Einwirkung von Verdauungsflüssigkeiten und besassen, wie die Untersuchung im polarisirten Lichte ergab, doppeltes Lichtbrechungsvermögen. Die Reaktion mit den neueren Färbemitteln, Anilinblau oder Leonhardi'scher Tinte, blieben unvollkommen. — Frisch macht noch besonders auf den Umstand aufmerksam, dass diese „Amyloidveränderung" schon 48 Stunden nach der Impfung vorhanden war, während diejenige Amyloidentartung, welche langdauernde ulzerative oder sonst phthisische Prozesse begleitet, erst in sehr späten Stadien des Leidens aufzutreten pflegt. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, 16. März.

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 14. *Erlangen*, am 6. April 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Bedingungen, welche in vorher gekochten Flüssigkeiten Gährung und Entstehung von Bacillus, Mikrokokkus und Torula begünstigen. Ueber relative Mitralinsufficienz. Zur Chloralwirkung. Ueber hysterische Aphonie. Gegen das Brennen der Füsse nach Märschen und das s. g. Aufreiten und Aufgehen. Zur Pathologie des Tetanus und der Hydrophobie. Ueber progressive perniziöse Anämie. Hautemphysem bei Spitzenphthise. Einwirkung von Eisen, Leberthran und Arsenik auf den Gehalt des Blutes an Blutkörperchen. Resultate aus Untersuchungen über den Einfluss der Inhalation von Staub auf die Lungen.

Im „Linnean Society's Journal", Zoology XIV, veröffentlicht H. Charlton Bastian eine längere Arbeit über die Bedingungen, welche in vorher gekochten Flüssigkeiten die Gährung und Entstehung von Bacillus, Mikrokokkus und Torula begünstigen. Nachdem derselbe in den einleitenden Bemerkungen die für die nachfolgenden Versuche angewandte Methode beschrieben hat, bespricht er zuerst den Einfluss der Hitze auf die Erzeugung organisirter Wesen. Dieselbe kommt dabei unter zwei Gesichtspunkten in Betracht. Einmal werden durch verhältnissmässig hohe Wärmegrade (46—50° C.) physikalisch günstige Momente für die Erzeugung organischer Wesen herbeigeführt, die jedoch nicht bei allen Flüssigkeiten von gleich günstiger Wirksamkeit sind. Zu den Flüssigkeiten, bei welchen die „Fermentirung" durch jene hohen Wärmegrade begünstigt wird, gehören Milch, Heuinfus, Rübeninfus und Harn. Zweitens aber werden gewisse Flüssigkeiten durch die Hitze chemisch verändert, namentlich wird der Harn durch Kochen (aber auch schon durch längere Einwirkung nicht so hoher Wärmegrade) alkalischer. Berücksichtigt man nun diesen Umstand nicht und setzt dem Harne, um die für die Erzeugung organischer Wesen günstige Neutralisation herbeizuführen, so viel Alkali hinzu, als zur Sättigung des ungekochten Harnes nothwendig war, so wird man nach dem Kochen eine alkalische Reaktion erhalten, welche für die Erzeugung von Organismen schädlich ist. Das ist einer der Fehler, durch welchen Mehrere der Nachuntersucher von Bastian's Experimenten irregeleitet wurden. — Ebenfalls begünstigend für die Erzeugung von kleinsten Organismen ist der Sauerstoff, doch auch dieser nur für gewisse Stoffe. Manche Lösungen werden sogar im Gegentheile durch eine Verminderung des Luftdruckes auch unter Abschluss von Sauerstoff eher zur Fermentirung angeregt als durch die Anwesenheit des letzteren, so die Infuse von Rüben und Heu. Beim Harne ist es anders, wie sich sehr leicht nachweisen lässt, wenn man in einem luftleeren, mit Harn halb gefüllten Gefässe vermittelst eingeschmolzener Elektroden auf galvanischem Wege Sauerstoff erzeugt. — Als ein drittes die Erzeugung niederer Organismen begünstigendes Agens ist nun die Kalilauge zu betrachten. Bastian hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass gekochte Flüssigkeiten, welche durch die Hitze in saurem Zustande vollkommen sterilisirt waren, durch den Zusatz einer entsprechenden Menge Kalilauge doch noch zur Erzeugung von Mikro-Organismen gebracht werden können. Hierbei ist aus den schon oben angeführten Gründen darauf zu achten, dass die zugesetzte Menge der Kalilauge nicht zu gross sei — selbstverständlich aber auch nicht zu klein. Am besten ist es, wenn man $^2/_3$—$^3/_4$ von der Menge zusetzt, die zur vollkommenen Neutralisation des ungekochten Harnes erforderlich ist. Auch diese würde aber zu gross

sein, wenn man sich eines Harnes bedient, der beim Kochen Phosphate ausfallen lässt. In Betreff einiger anderer Vorsichtsmassregeln, welche eine Ueber-Alkalisirung des Harnes verhindern sollen, sei auf das Original verwiesen. Bei den Versuchen wurde der Harn zunächst kurze Zeit gekocht, dann die Kalilauge, welche sich in angemessener Menge in zugeschmolzenen Röhrchen befand und mit diesen beliebig lange Zeit gekocht war, in die Flaschen hineingebracht, die Flaschen zugeschmolzen und noch einmal kurze Zeit in kochendes Wasser gestellt. Nach dem Abkühlen wurde dann durch einen einfachen Mechanismus das Kaliröhrchen zerbrochen und so der Harn annähernd neutralirt. Solcher Harn erzeugte allerdings in der gewöhnlichen Brütofenwärme oft keine Organismen, wohl aber ganz regelmässig bei 46 — 50° C. Zur Kontrole blieben immer einige Gefässe mit unzerbrochenen Kaliröhrchen unter denselben Bedingungen stehen; diese waren durchaus steril. Bei den anderen beschleunigte Sauerstoffentwicklung die Fermentirung. — Für alle diese Versuche ist es sehr wichtig, selbst einen kleinen Ueberschuss von Kalilauge zu vermeiden, der allerdings, wenn er nur sehr gering ist, bei Luftzutritt weniger schadet wie in den verschlossenen Gläsern. Eine zu geringe Menge Kalilauge ist natürlich eben so schädlich. Da nun der sauer gekochte Harn ohne Zusatz des Alkali stets steril blieb, so mussten in diesem sämmtliche Keime getödtet sein. Das fermentirende Agens liegt demnach in der Kalilauge. Es kann sich hier aber nicht um Keime handeln, welche den Röhrchen oder der Kalilauge anhafteten. Gegen Ersteres spricht ja schon der Umstand, dass die unzerbrochenen Röhrchen keine Organismenentwicklung bewirkten. Enthielte aber die Kalilauge Keime, so müsste schon ein Minimum von derselben genügen, um den vorher sterilisirten Harn zu befruchten, gerade so wie ein Minimum von gährendem Harne dazu ausreicht. Es dürfte ferner eine leichte Ueberalkalisirung nichts verschlagen. Daraus glaubt Bastian mit Sicherheit den Schluss ziehen zu können, dass in der chemischen Beschaffenheit der Flüssigkeit die Ursache für die Erzeugung der Organismen läge, man müsste denn die sehr unwahrscheinliche Annahme gelten lassen, dass bereits abgetödtete Keime des sauren Harnes durch den Zusatz von Kalilauge wieder zum Leben zurückgerufen würden. Zum Ueberflusse hat Verf. überdiess die Kaliröhrchen stundenlange den höchsten Hitzegraden ausgesetzt, ohne abweichende Resultate zu erreichen. — Die Gegner der Urzeugung müssen diesen Thatsachen gegenüber sowie gegenüber der Betrachtung, dass doch irgend einmal niedrigste Organismen direkt aus nichtorganisirtem Materiale entstanden sein müssen, ihre rein theoretischen Ansichten aufgeben. — Das Kochen braucht übrigens nicht etwa, wie man dies meist annimmt, durch Tödtung von präexistirenden Keimen die Sterilisirung zu bewirken, sondern durch dieses Kochen werden chemische Veränderungen erzeugt, die allerdings noch nicht genau bekannt sind. Diese chemischen Veränderungen gehen in saurem Harne leichter vor sich als in alkalischem, wie ja auch die Veränderung des Eiweisses durch Kochen nur in sauren Flüssigkeiten erfolgt. Ganz ähnliche chemische Einflüsse hat auch ein längeres Stehen von saurem Harne im Brütofen zur Folge. Daher ist das von Roberts empfohlene Mittel, die Gefässe mit dem Harne erst längere Zeit zur Prüfung der wirklichen Sterilisirung im Brütofen stehen zu lassen und dann erst eine Beschickung mit Kalilauge vorzunehmen, entschieden verwerflich. Auch hierbei nimmt die saure Reaktion ab und wird sehr leicht eine Ueberneutralisirung erreicht, ganz abgesehen von anderen noch unbekannten chemischen Veränderungen. Die Existenz der letzteren kann man daraus entnehmen, dass solcher Harn, wenn er dann offen an der Luft stehen gelassen wird, weit schwerer fermentirt als anderer. — In einem weiteren Kapitel bespricht Bastian Experimente mit überhitzten, d. h. längere Zeit der Siedehitze oder höheren Temperaturen ausgesetzten Flüssigkeiten. Dabei stellt sich heraus, dass einige derselben durch diese Prozeduren die Fähigkeit verloren, Organismen zu erzeugen (z. B. neutralisirte Kartoffelinfusionen), andere aber diese Fähigkeit behielten (z. B. beinahe neutralisirter Harn, Kuhmilch, neutrales Heuinfus etc.). Auch daraus geht hervor, dass nicht die Tödtung von Keimen die alleinige Ursache für den Eintritt oder das Ausbleiben einer Gährung abgeben könnte, sondern dass die chemische Beschaffenheit des Menstruums massgebend sei. Uebereinstimmend mit anderen Autoren fand Bastian, dass in diesen gekochten Flüssigkeiten sich eine andere Form und Fermentirung einstelle, wie in denselben, wenn sie nicht gekocht sind. Auch die Organismen, welche er in den gekochten Flüssigkeiten vorfand, waren (durchaus in

Uebereinstimmung mit Cohn u. A.) hauptsächlich Bacillen. Nur in einigen von ihm allerdings als ganz besonders bemerkenswerth hervorgehobenen seltenen Ausnahmefällen finden sich auch andere Formen. Ebenso fand er auch, dass Sporen sich nur bei Zutritt von Luft bildeten. Alle diese Experimente sind von den Gegnern der Urzeugung so aufgefasst worden, als ob durch die Ueberhitzung nicht alle Keime getödtet wurden. Die Versuche, welche dies beweisen sollten, leiden aber an dem Fehler, dass die Autoren nicht die Möglichkeit einer Neubildung von Organismen aus unorganisirtem Materiale in Betracht gezogen haben. Diese Möglichkeit liege aber immer vor, wenn man die Keime, die man auf ihre Lebensfähigkeit nach dem Kochen prüfen wolle, in Lösungen bringe, die für eine Archibiosis geeignet wären. Wenn diese auch zunächst steril seien, so könnte immerhin mit eingeführten Keimen ein chemisches Etwas zugeführt werden, was sie fähig mache, Organismen zu erzeugen, wie steriler Harn durch Kalilauge dazu gebracht werde. Zur Prüfung der Lebensfähigkeit von Keimen darf man sich nur solcher Lösungen bedienen, welche die Fähigkeit der Urzeugung nicht haben, also namentlich einfacher Salzlösungen. Hierbei könnte man dann nachweisen, dass in der That alle Keime schon durch eine fünf Minuten währende Erhitzung auf 55 bis höchstens 70° ihre Lebensfähigkeit einbüssen. Ein Unterschied zwischen sauren und alkalischen bakterienhaltigen Lösungen besteht überhaupt nicht. — Die obigen Vorwürfe treffen namentlich die bisherigen Versuche mit Bacillen-Sporen. Bringt man nach Bastian Harnbacillensporen oder Harnbacillen selbst in gekochten sauren Harn, der an und für sich nicht mehr zeugungsfähig ist, und lässt man diesen mit den Keimen in zugeschmolzenen luftleeren Flaschen 10 Minuten lang in kochendem Wasser, so tritt keine Vermehrung der Bacillen oder Weiterentwicklung der Sporen ein, während derselbe Harn bei Watteabschluss leicht fermentirt, wenn man ihm in jenen beiden Dingen ungekochte Proben hinzuthut. Er war also zur Weiterentwicklung der lebensfähigen Keime wohl geeignet. Ganz ähnliche Ergebnisse fand der Verfasser bei anderen Flüssigkeiten. — Nach dem Allen müssen auch die Stützen der „Germ.-theory of disease" als vollkommen unzureichend angesehen werden. Auch hier können die chemischen Agentien der Kontagien sehr wohl im Körper eine De-novo-Formation von Bacillen etc. anregen. Ja selbst die lebenden mit übertragenen Milzbrandbacillen sind ebensowenig als die Stammeltern der im angesteckten Thiere vorhandenen anzusehen, wie die Eiterkörperchen, die nach Einbringung von Eiter in den Konjunktivalsack sich bei der nun folgenden Entzündung fänden, als die Abkömmlinge der eingebrachten Eiterzellen zu betrachten seien. Wenn Bastian sich nun schliesslich auch noch gegen die Koch'schen Milzbranduntersuchungen wendet und behauptet, auch diese hätten noch nicht bewiesen, dass hier kein chemisches Agens unabhängig von den Bacillen thätig sein könnte, so beruht dies nur auf einem Missverständniss der Koch'schen Arbeit. —

C. Garcin macht — nach den Vorträgen des Prof. Fabre — zunächst darauf aufmerksam, dass eine relative Mitralinsufficienz entweder die Folge von krankhaften Prozessen sei, welche in der Substanz der Papillarmuskeln Platz greifen und deren Struktur oder Funktion verändern, oder in Folge einer Dilatation des linken Ventrikels eintrete. Diese Insufficienz kommt unter folgenden Bedingungen zur Beobachtung: 1) als funktionelle idiopathische Störung, welche vom Herzen ausgeht; 2) als funktionelle Störung, welche ihren Ursprung in einem Kreislaufshindernisse einer der beiden Herzhälften oder eines der grossen Gefässe (Aorta oder Pulmonalis) hat und welche das Emphysem und andere Lungenerkrankungen begleitet; 3) als Insufficienz, welche aus einer Endokarditis oder Perikarditis hervorgegangen ist; 4) als neuropathologische Störung, entstanden unter dem Einflusse der Hysterie oder einer Affektion des Centralnervensystemes; 5) als Insufficienz in Folge von fieberhaften Krankheiten (Typhus, Puerperalfieber etc.); 6) als Insufficienz in Folge von Kachexieen; 7) als funktionelle Insufficienz durch Alteration des Blutes (Chlorose, Ikterus); 8) als Insufficienz in Folge von Intoxikation; hier nimmt die Alkoholvergiftung den ersten Platz ein. Für die meisten dieser Kategorieen werden klinische Belege angeführt. — Die klinischen Symptome, durch welche sich die relative von der absoluten Insufficienz unterscheidet, sind folgende: Das systolische Geräusch ist im Allgemeinen bei der ersteren schwach, bei der letzteren laut, indessen ist dieses Gesetz nicht durchgehend und die Intensität des

Geräusches vielmehr abhängig von dem Grade der Dilatation des Ventrikels. Ferner ist das Geräusch der absoluten Insufficienz konstant, bei der relativen nur meistens unregelmässig; bei ersterer zeigen die Herzkontraktionen Unregelmässigkeiten, welche bei letzterer gewöhnlich fehlen. Bei ersterer zeigt die sphygmographische Kurve eine wenig ausgesprochene und unregelmässige Ascensionslinie, bei letzterer ist dieselbe steil und unregelmässig; demgemäss fühlt man im ersteren Falle den Puls klein und unregelmässig, im letzteren voll und regelmässig. Bei der absoluten Form der in Rede stehenden Krankheit sind ferner Oedem und venöse Stasen vorhanden, welche nur einer energischen Behandlung weichen, während dieselben bei der relativen Insufficienz überhaupt fehlen oder erst in einer sehr späten Periode des Leidens auftreten. — Was die Nosologie der vorliegenden Affektion betrifft, so kommt nach Garcin die idiopathische Insufficienz, welche auf funktioneller Schwäche des Herzens beruht, vorzugsweise bei Greisen und im jugendlichen Alter vor, nie bei Kindern, selten bei Erwachsenen; sie kommt vor bei Soldaten, welche schwere Tornister tragen und deren Brust durch die Uniform eingeengt ist (namentlich im Kriege), bei Bergleuten und Bergbewohnern, zuweilen bei Individuen, welche sich körperlich sehr angestrengt haben (eine Nacht durchtanzt haben etc.) bei Emphysem, Aortenfehlern etc. In allen diesen Fällen kann der linke Ventrikel seiner Aufgabe nicht nachkommen, er erweitert sich und der Dilatation folgt dann die Insufficienz. Garcin bezeichnet diesen Zustand als Adynamie des Herzens. Eine zweite Kategorie der funktionellen Insufficienz umfasst die Störungen aus mechanischen und dynamischen Ursachen. Die ersteren hängen ab von Cirkulationsstörungen, namentlich solchen, welche den Ausfluss des Blutes aus dem linken Ventrikel erschweren (Insufficienz der Aorta, Aortitis, Endarteritis des Aortensystems); die letzteren sind die Folge von Erkrankungen des Endo- und Perikardiums. Sobald eine dieser beiden Häute des Herzens erkrankt ist, kommt es zu einer Parese des Herzens mit funktioneller Erschlaffung desselben und Dilatation. Diese letztere ist nachweisbar durch die verbreiterte Herzdämpfung, den verbreiterten und nach abwärts gerückten Spitzenstoss. Ferner kann auch die Myokarditis zur relativen Insufficienz der Mitralklappe führen. Dieselbe kommt vor bei Typhus, Sumpffieber, Puerperalfieber, Alkoholismus (Herzverfettung). Auch bei diesen Zuständen ist die funktionelle Insufficienz die Folge der Dilatation des Herzens. Beim Ikterus, bei welchem Verfasser diese Insufficienz ebenfalls häufig beobachtete, liegt der Affektion die Einwirkung der gallensauren Salze und der Gallensäuren, welche im Blute angehäuft sind, zu Grunde, welche einen ähnlichen Effekt hat wie eine Myokarditis. In demselben Grade, in welchem jene Anhäufung der abnormen Stoffe im Blute aufhört, wird die Herzaffektion rückgängig. (Archives générales etc. Nov. 1877.) —

Bezüglich einer bisher nicht beschriebenen Wirkung des Chloralhydrates weist Prof. Dr. Herrmann Ranke zunächst darauf hin, dass es noch unentschieden sei, ob das Chloral als Molekül wirke oder, indem es unter Mitwirkung des freien Alkali im Blute und der oxydirenden Vorgänge im Organismus beständig und in kleinen Mengen in Chloroform umgesetzt wird, seine anästhesirende und schlafmachende Wirkung ausübe. Nur wenn grosse tödtliche Chloraldosen Kaninchen beigebracht wurden, fand Liebreich in der Exspirationsluft Chloroform, bei Einverleibung nur hypnotischer Gaben aber nicht, wie dies auch Demarquay bestätigt. Lewisson's Entdeckung, dass auch sogenannte Salzfrösche, welche gar kein Blutserum, sondern 0.75-prozentige Kochsalzlösung in ihren Gefässen führten (und trotzdem eine kräftige Herzaktion zeigten), in der bekannten Weise durch Chloral beeinflusst wurden, schien besonders laut gegen Liebreich's Abspaltungstheorie zu sprechen, that es jedoch keineswegs endgiltig, weil es niemals gelang, das in der Lymphe enthaltene Alkali vollständig zu eliminiren, und weil Haut, Muskeln, Herzmuskel, Hirn und Rückenmark auch bei Salzfröschen alkalisch reagirten. Es bleibt also auch für die Erklärung der von Liebreich noch immer festgehaltenen Chloroformabspaltung bei Salzfröschen die Alkalescenz der Lymphe bestehen, ganz abgesehen davon, dass nach Liebreich's neuester Theorie auch ohne alles Zuthun freien Alkali's einfach durch die Oxydation in den Geweben, die Trennung der Kohlenstoff-Atome des Chloralhydrates bewirkt werden kann. Die Erfahrungen an diesen Salzfröschen scheinen jedoch mit grösserer Wahrscheinlichkeit dafür zu sprechen,

ass eben das unzersetzte Chloralhydrat ähnliche Wirkungen äussert wie sein Spaltungsprodukt, das Chloroform. Ebenso wie Hammarsten, Rajewski und Ludimar-Herrmann in der Exspirationsluft kein Chloroform, sondern Chloral fanden, konnte letzterer und Frl. Tomasciewicz im Harne nach Chloralgebrauch nur bei alkalischer, nicht bei saurer Reaktion des zuletztgenannten Sekretes Chloroform nachweisen, zum Beweise, dass das Chloral in der Norm als solches in den Harn übergeht. Endlich spricht gegen Liebreich die ebenfalls von Frl. Tomasciewicz gemachte Beobachtung, dass die Trichlor-Essigsäure, welche in alkalischer Lösung ganz wie Chloralhydrat Chloroform liefert, bei Kaninchen bis zu 5 Grm. subkutan injizirt ganz wirkungslos bleibt. Diesen Gründen gegen die Spaltungstheorie fügt nun Ranke folgenden neuen hinzu. Wenige Tropfen Chloroform oder eine zehn-prozentige Chloralhydratlösung in die Arterie eines lebenden Thieres gespritzt, bewirken exquisite Muskelstarre und die unterhalb der Einspritzungsstelle belegenen Muskeln verfallen, wenn das Thier am Leben gelassen wird, der Verjauchung. Die Muskeln zeigen nach Chloroform- wie nach Chloral-Injektion körnige Trübung ihrer Primitivbündel, Verschwinden der Querstreifung und, während sie sich mit Tripelphosphaten bedecken, scholligen Zerfall. Dass hieran nicht in beiden Fällen die Chloroformwirkung Schuld ist, beweist der Umstand, dass in einer mit 0.7-prozentiger Kochsalzlösung bereiteten Myosinlösung sich alles zugetröpfelte Chloroform sofort mit einer Myosinhülle umgibt und jedes beim Schütteln entstehende kleinere Tröpfchen sich bezüglich der Hülle genau ebenso verhält; das in gleicher Weise zur Myosinlösung gefügte Chloralhydrat (10-prozentige wässerige Lösung) erzeugt dagegen, ohne sich mit einer Myosinhülle zu bedecken, sofort eine starke Trübung, in welcher die in Hüllen eingeschlossenen Tröpfchen, wie sie das Chloroform zeigt, nicht wahrnehmbar sind. Auch ist letzteren Falles Chloroformgeruch nicht zu konstatiren. Chloral fällt die Eiweisskörper sonach als Chloralmolekül — nicht als abgespaltenes Chloroform — und wie es diese Fällung im Reagensglase hervorruft, so ist es wahrscheinlich, dass es auch die Muskelstarre als Chloral bedingt. Auch dieser neue Versuch ist also nicht für die Liebreich'sche Theorie zu verwerthen. In dieser Beeinflussung der Muskelsubstanz — auch des Herzens — sind die Gefahren der von Oré vorgeschlagenen Injektion von Chlorallösung in eine Vene beim Tetanus begründet. (Aerztliches Intelligenz-Blatt XXIV, 1877.) —

Prof. Dr. Carl Gerhardt berichtet (im Korr.-Bl. d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen 1878 Nr. 1) über seine Beobachtungen an 20 Fällen von hysterischer Stimmbandlähmung, die im Laufe von fünf Jahren in der Würzburger Klinik zur Behandlung gekommen waren. In der Hälfte der Fälle war die Aphonie eingetreten nach einem durch Erkältung entstandenen Rachen- und Kehlkopf-Katarrhe, in drei anderen Fällen nach Diphtheritis faucium, Pneumonie und einem hysterischen Krampfanfalle, ein Mal nach einem heftigen Druck auf den Kehlkopf (und Schreck), in mehreren Fällen endlich wurden Kranke aphonisch, welche mit anderen aphonischen Kranken in demselben Zimmer lagen. Die hysterische Aphonie unterscheidet sich von Aphonieen aus anderer Ursache dadurch, dass die Stimmbildung für einzelne Funktionen erhalten bleibt. So konnte eine Kranke singen, während das Sprechen desselben Textes nur flüsternd möglich war. Eine andere Kranke sprach im Traume mit heller Stimme, während sie im wachen Zustande aphonisch war. Alle Kranken ferner husteten mit lautem Klange, was bei Aphonieen aus anderer Ursache (durch ulzeröse Zerstörung, multiple Papillombildung, Drucklähmung der Stimmbänder) nicht vorkommt. Ein zweites Kriterium hysterischer Stimmbandlähmung besteht in gleichzeitiger hochgradiger Sensibilitätsstörung des Rachens und Kehlkopf-Einganges (doch wurde ein Mal gerade das Gegentheil beobachtet, hochgradige Hyperästhesie). Ein drittes Zeichen ist die erhalten gebliebene elektrische Kontraktilität. Die Bewegungsstörungen der Stimmbänder zeigten bei einer Kranken nicht zu jeder Zeit dasselbe laryngoskopische Bild: bald klaffte die Glottis mehr lanzettförmig, bald dreieckig, ein anderes Mal unsymmetrisch. Die Funktionsstörungen bestanden bei allen Kranken in Aphonie (nur bei einer Patientin mit vorwiegend linksseitiger Lähmung des M. cricoarytaenoideus lateralis bestand neben dem aphonischen Zischen noch ein leiser, hoher, dünner Fistelton). Von den 20 Kranken wurden 14 geheilt, eine schon durch die laryngoskopische Untersuchung, zwei andere durch perkutane Galvanisation, alle Uebrigen

durch Faradisation oder abwechselnde Anwendung der Kompression nach Ollivier, oder der Galvanisation neben der Faradisation. Gerhardt hält es für wahrscheinlich, 1) dass die Hartnäckigkeit der Aphonie bei Lähmung der Stimmbandspanner und Glottisverengerer bedingt sei durch Verkürzung der Antagonisten (M. crico-arytaenoidei postici) und 2) dass, wenn von den vielen Muskeln, welche durch ihre Thätigkeit die Stellung und Fixation der Aryknorpel bedingen, einzelne paralytisch werden, hierdurch auch die Stellung der Aryknorpel verändert werde und dass sich so zum Theile die Wirksamkeit des Ollivier'schen Kompressionsverfahrens erkläre. Manche Kranke lernten selbst, so oft sie aphonisch wurden, durch Kompression des Larynx die Stimme wieder zu erzeugen.

Bekanntlich wurde die Einreibung von Hühnereiweiss empfohlen gegen das Brennen der Füsse nach Märschen. Die Empfehlung gründet sich wohl auf die Gewohnheit alter französischer Berufssoldaten, den Fuss mit befetteten Lappen zu umhüllen und dann in den Schuh „ein Ei zu schlagen". Der Schuh wird 3—4 Tage nicht ausgezogen und beim Wechseln erscheint der Fuss gesund und rein. — Das reine Eiweiss, sowie das ganze Ei nützen besonders als Präservativmittel, indem sie das heftige Brennen momentan lindern und das Eiweiss, wenn sich Hautabschürfungen gebildet haben, eine Decke abgibt, welche gegen die Luft u. s. w. einigen Schutz gewährt. Es muss aber das Eiweiss gut eintrocknen und dicht abschliessen, weshalb mehrmalige Bestreichung nothwendig wird. Das Mittel ist übrigens gegen Abschürfungen der Haut an allen Theilen des Körpers verwendbar, wenn man das Eiweiss als erste Decke benutzt und nach deren Zustandekommen einen zweiten Ueberzug von Ricinus-Kollodium (Kollodium mit 2% Oel) hinzufügt. Es gibt nach Dr. Michaelis, k. k. Stabsarzt, kein besseres Mittel gegen das sogenannte Aufreiten und Aufgehen als eine salicylsaure eingetrocknete Albuminhülle, geschützt durch die sehr elastische Haut des Oel-Kollodium. Das Eiweiss muss aber gut aufgetragen und eingetrocknet sein, wozu in der Wärme und bei erhitzter Haut 10 Minuten erforderlich sind, weil sonst die Applikation des Kollodium sehr schmerzhaft und die Entzündung noch gesteigert wird. Zu den Versuchen hat Verf. stets 1—5 Wochen lang in einem Glase als Salicylsäure-Konserve aufbewahrtes Eiweiss verwendet, welche durch Ueberschuss von Säure (2%) und unter starkem Schütteln erzeugt wurde. Das Material bleibt ganz geruchlos und behält die leimförmige Beschaffenheit, so dass nach dem Verdunsten eine Haut sich bildet. In dieser Form ist es möglich, das Eiweiss im Felde zu verwenden. Jeder Truppenkörper kann eine Flasche oder Büchse mit Salicyl-Eiweiss mit sich führen, in deren Verschluss (Kork) ein Pinsel steckt, um stets damit bestreichen zu können. Auf jeder Rast ist solches Albumin anwendbar. Es ist wahrscheinlich, dass das Mittel überhaupt auf flachen Wunden und Geschwüren, auf Nähten u. s. w. sich als gutes Präservativ bewähren wird. Bevor die Albumindecke nicht gut hergestellt und fast trocken ist, darf jedoch das Kollodium auch hier aus den angeführten Gründen nicht applizirt werden. Die Eiweiss-Konserve, wie sie Michaelis darstellt, ist durch die organischen Elemente des Eiweisses und die überschüssige Salicylsäure trübe. Diese Trübung ist jedoch ohne Nachtheil und liesse sich durch Filtration über Glaswolle beseitigen. (Wien. med. Presse, 1877.) —

Dr. J. Coats las in der „Royal med. and chirurg. Society zu London" eine Abhandlung vor über die Pathologie des Tetanus und der Hydrophobie, welcher Folgendes zu entnehmen ist: Beim Tetanus zeigt das centrale Nervensystem Hyperämie und gewisse Erscheinungen in der Umgebung der Gefässe. Im Rückenmarke und in der Medulla oblongata, im Pons, in den Corp. quadrigemina, aber hauptsächlich in den zwei ersten, ist eine granuläre Masse in der Umgebung der Gefässe, wahrscheinlich eine Exsudation; in den hinteren Theilen des verlängerten Markes ist ein longitudinales Gefäss hauptsächlich affizirt und dort, wie auch an anderen Stellen, findet man gelegentlich Hämorrhagieen; in den Gehirnwindungen findet man in der Umgebung der kleinsten Gefässe Exsudation einer gelblichen Flüssigkeit. Bei der Hydrophobie findet man eine Anhäufung von Leukocyten in der Umgebung der Blutgefässe des centralen Nervensystemes u. z. im Rückenmark, in der Medulla oblongata, den Corp. quadrigemina in der Umgebung der mittelgrossen und in den Windungen in der Umgebung der kleinsten Gefässe. Die Speicheldrüsen sind mit Leukocyten infiltrirt, ebenso die Schleimdrüsen des Kehlkopfes, jedoch in geringerem Grade; die Nieren sind hyperä-

misch mit Anhäufung von weissen Blutkörperchen innerhalb derselben. Es wird hingewiesen, dass sowohl in der Vertheilung der Läsionen im centralen Nervensysteme als auch in der Art derselben bei beiden Krankheiten eine gewisse Aehnlichkeit besteht; bei der Wasserscheu sind dieselben nicht beschränkt auf das centrale Nervensystem. — Die spezielle Lokalisation der Symptome beider Krankheiten in der Zunge, im Halse und im Nacken wird mit dem Ueberwiegen der Läsionen im verlängerten Marke und hauptsächlich in der Nachbarschaft der Nervenkerne am Boden des vierten Ventrikels in Zusammenhang gebracht. Coats schliesst aus seinen Untersuchungen, dass wir es beim Starrkrampfe und der Hundswuth mit zwei verschiedenen Giften zu thun haben, welche, im Blute zirkulirend, einen Reiz auf das Nervensystem ausüben; der Effekt dieses Reizes ist je nach dem Gifte verschieden; in Bezug auf die Lokalitäten jedoch ist auffallende Aehnlichkeit bemerkbar. (The Lancet vom 15. Dez. 1877.) —

S. T. Sörensen hat 11 Fälle der progressiven perniziösen Anämie im allgemeinen Krankenhause zu Kopenhagen beobachtet und schliesst sich auf Grundlage derselben der Ansicht jener Autoren an, welche annehmen, dass sich diese Erkrankung sowohl durch ihren spontanen Ursprung wie durch den schlimmen Ausgang charakterisirt. Die Blutuntersuchungen ergaben folgendes Resultat: Das Blut war immer sehr blass und transparent; die Zahl der rothen Blutkörperchen zeigte sich bis auf den vierten oder selbst bis auf den zwölften Theil der normalen Menge verringert; es zeigte sich, dass mit der Zunahme der Erkrankung die rothen Blutkörperchen an Zahl immer mehr abnahmen. Die letzte dem Tode des Kranken vorhergehende Untersuchung ergab eine Zahl von 0.79 — 0.45 Millionen rother Blutkörperchen für 1 Kubikmillimeter und man konnte konstatiren, dass der Tod immer eintrat, wenn die Menge derselben auf eine halbe Million für einen Kubikmillimeter herabsank; ausserdem zeigten die rothen Blutkörperchen Anomalieen in Bezug auf ihre Form, Grösse und Farbe. Die Autopsie, welche in neun Fällen gemacht wurde, ergab die gewöhnlichen Veränderungen: fleischwasserähnliches Blut und fettige Degeneration des Herzens und verschiedener anderer Organe etc. Von den 11 Kranken waren 7 Männer und 4 Weiber; eine bestimmte Ursache der Erkrankung konnte nicht angegeben werden. Sörensen meint, dass dieselbe durch eine mangelhafte Bildung der rothen Blutkörperchen bedingt sei. Die Transfusion von menschlichem Blute wurde nur in einem Falle gemacht, jedoch ohne Erfolg, wie auch alle anderen Behandlungsweisen keine Besserung erzielten. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1878, Nr. 11.) —

Fischl beobachtete sehr genau einen Fall von dem selten vorkommenden Hautemphysem bei Spitzenphthise. Der Kranke sass im Bette, die Hände an den Bettrand gestützt, die Bulbi prominirend, das Gesicht livide, die Lippen kyanotisch. Die Dyspnoe charakterisirte sich als eine inspiratorische; fast sämmtliche Muskeln, welche zur Erweiterung des Thorax dienen, befanden sich in starker Thätigkeit. Kutanes Emphysem am Halse, besonders seitwärts, ferner an der ganzen linken Gesichtshälfte, endlich in der Fossa supraspinata dextra und abwärts bis zur Brustwarze links und bis zur 7. Rippe rechts. Exkursion des Larynx nur gering; inspiratorisches Einsinken der unteren Thoraxapertur. Fremitus vocalis beiderseits erhalten. In beiden Supraklavikulargruben tympanitischer Schall; R. O. H. von der Spitze bis zur Mitte der Skapula gedämpfter Schall, sonst bei festem Andrücken des Plessimeters normaler Schall. Die Auskultation ergab auf den emphysematischen Stellen beim ersten Anlegen des Ohres Knistern, welches bei festerem Andrücken schwand und Respirationsgeräusche hören liess, die dem Falle in seiner ursprünglichen Gestalt zukamen. Dabei Pulsus paradoxus: Ansteigen und Sinken der Gesammtkurve je nach den Phasen der Respiration. — Nach einigen Tagen schwand mit dem kutanen Emphyseme die Dyspnoe, doch ging Patient bald darauf an einem pneumonischen Nachschube zu Grunde. — Zur Erklärung der inspiratorischen Dyspnoe dieses Falles nimmt Fischl bei dem negativen laryngoskopischen Befunde eine Kompression der Luftröhre durch Emphysem des Mediastinum an. (Prager mediz. Wochenschrift, Nr. 23 u. 24, 1878.) —

Elbridge G. Cutler und Edward H. Bradford zu Boston untersuchten die Einwirkung von Eisen, Leberthran und Arsenik auf den Gehalt des Blutes an Blutkörperchen bei Gesunden und bei Kranken (Anämischen). Zur Berech-

nung der Anzahl der Blutkörperchen, der rothen sowohl wie der weissen, in 1 Ccm. Blut wurde die Malassez'sche Methode benutzt. Diese Untersuchungen ergaben folgende Resultate: 1) Eisen (in der Form von Ferrum reductum, Tinct. ferri chlor. und Rabuteau's Dragées of the protochloride of iron in den gewöhnlichen Medizinaldosen, drei Mal täglich genommen) erhöhte bei zwei Gesunden die Zahl der Blutkörperchen nicht, wohl aber bei acht Anämischen. Die Zunahme in diesen Fällen war eine sehr verschieden grosse; die grösste wurde bei einem 20jährigen Mädchen nach achttägigem Gebrauche von Eisen beobachtet, indem die Zahl der rothen Blutkörperchen von 1.408,160 auf 2.932,764 in 1 Ccm. stieg. Die niedrigste Zunahme betrug in einem Falle 106,552 auf den Ccm. nach achttägigem Eisengebrauche. — 2) Leberthran erhöht, wie schon Thompson und Campbell gefunden, die Zahl der rothen Blutkörperchen. Die Verfasser bestätigen dies für Gesunde. So stieg in einem Falle nach 14tägigem Gebrauche dieses Mittels (7.50 Cc. 3 Mal täglich) die Zahl der rothen Blutkörperchen von 3.317,600 auf 3.888,900 und nach weiteren acht Tagen auf 4.466,000 im Ccm., während die Zahl der weissen Blutkörperchen nur eine geringe Zunahme, nämlich von 3987 auf 4350 im Ccm. erfuhr. Nach dem Aussetzen des Leberthranes sank die Zahl der Blutkörperchen wieder. Auch unter gewissen pathologischen Zuständen vermag der Leberthran, wenn er gut vertragen wird, die Zahl der Blutkörperchen zu erhöhen — im entgegengesetzten Falle und bei raschem Fortschreiten des pathologischen Prozesses hingegen nicht. — 3) Arsenik (als Solutio Fowleri 0.3 Cc. 3 Mal täglich genommen) verursacht bei Gesunden eine progressive Abnahme der Blutkörperchen; die Zahl der rothen war in einem Falle nach vierwöchentlichem Arsenikgebrauche von 3.978,000 auf 2.888,400 im Ccm. gesunken. Noch grösser war im Verhältnisse die Abnahme der weissen Blutkörperchen, nämlich von 4712 bis zu 1087 pro Ccm. herunter. Nach Aussetzen des Medikamentes war drei Wochen später die Zahl der rothen Blutkörperchen um mehr als eine Million und die der weissen wieder auf 4000 gestiegen. Als darauf wieder Arsenik gegeben wurde, sanken beide Zahlen auf's Neue. Dieselben Beobachtungen ergaben sich bei einem anderen Gesunden. Ausserdem werden drei pathologische Fälle mitgetheilt: zwei Anämieen und eine Leukocythaemie. Bei einfacher Anämie scheint durch Arsenikgebrauch die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen zuerst anzuwachsen, später aber stetig zu fallen. In dem Falle von Leukämie nahmen sowohl die rothen als weissen, letztere in noch stärkerem Grade, ab. (The amer. Journ. of the med. sciences, 1878, January.) —

Dr. H. Ruppert stellte Untersuchungen an, um die Vorgänge, welche sich bei der Inhalation eines chemisch sowohl wie mechanisch möglichst indifferenten Staubes — z. B. des Kohlenstaubes — in den Lungen abspielen, zu studiren. Zu seinen Versuchen dienten Hunde und Kaninchen, er tracheotomirte dieselben und band ihnen in die geöffnete Luftröhre eine T-förmige Kanüle ein. Die beiden freien Schenkel der Kanüle setzte er durch kurze, möglichst weite Gummischläuche mit je einem Quecksilberventil in Verbindung, von welchen das eine nur die In-, das andere nur die Exspiration erlaubte. Das erstere derselben bezog seine Luft aus einem Kästchen, welches auf einen weiten Blechcylinder aufgesetzt war, in dem eine den Russ liefernde Lampe stand. Dabei ergaben sich folgende Resultate: 1) durch die Inhalation eines chemisch indifferenten Stoffes wird in den Bronchien keine Veränderung gesetzt; 2) in den Alveolen wird der Staub theils von den Epitelzellen aufgenommen, theils dringt er in das Gewebe. 3) der Aufnahme in die Epitelzellen scheinen gewisse Veränderungen in denselben vorherzugehen, welche zugleich auch eine nachfolgende Ablösung derselben mit sich bringen. 4) der Staub dringt im Allgemeinen, so wie er inhalirt wurde, in das Gewebe; 5) in dem Gewebe findet sich der Staub innerhalb gewisser Abschnitte des lymphatischen Apparates; 6) die Wege, auf welchen der Staub in das Gewebe dringt, sind nicht mit vollständiger Sicherheit zu demonstriren, doch hat die Annahme, dass der Uebergang durch eine zwischen den Epitelien hindurchgehende präformirte Verbindung erfolge, die meiste Wahrscheinlichkeit für sich; 7) die Kraft, welche die Staubpartikelchen auf ihrer Einwanderung vorwärts treibt, wird wahrscheinlich durch die Lymphströmung repräsentirt; ein Einbohren kommt — wenigstens bei Russtheilchen — nicht vor. (Virchow's Archiv 72. Band, 1. Heft.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 15. *Erlangen*, am 13. April 1878.

Wöchentlich n Bogen von 3 Quartseiten. reis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

halt. Zur Statistik der Nervenkrankheiten. Ueber die Lokaltherapie des Magens. Milzbrand oder putride Infektion? Vortheile dreihändigen Meisselns. Zur Therapie der Mastitis. Vortheile frühzeitiger Hasenschartenoperation. Hemiopie und Sehnervenleiden. Ein Universaltrokar. Intermittens urticata. Züchtungsresultate aus Milzbrand erzeugenden Mikroorganismen.

Dr. Julius Althaus bespricht auf Grund der Statistik der „Annual Reports of the Registrar-General“ das bis jetzt noch ziemlich dunkle Kapitel über das Vorkommen von Nervenkrankheiten bei den einzelnen Geschlechtern, den verschiedenen Altersklassen, den verschiedenen Raçen, über die Einwirkung der Wohnungsverhältnisse, Beschäftigungen sowie über die Berechtigung der gegenwärtig ziemlich weit verbreiteten Ansicht, dass Nervenkrankheiten, Apoplexie, Paralyse und Geisteskrankheiten jetzt häufiger als früher vorkommen. Tabellen, zum Theile den Zeitraum von 1838—1871 umfassend, geben Antwort auf eine Reihe vom Verfasser gestellter Fragen, von welchen wir die interessanteren näher betrachten wollen. Die erste Tabelle zeigt die Todesfälle durch Nervenkrankheiten und ihr Verhältniss zur Bevölkerung und Gesammtmortalität. Der Durchschnittsprozentsatz beträgt für sechs Lustren 12.26. Die weitverbreitete Ansicht, als hätten Nervenkrankheiten in den letzten Jahrzehnten sehr zugenommen, erweist sich angesichts der Tabellen als falsch. Der Prozentsatz schwankt

1838—42	12.10,
1843—46	—
1847—51	11.84,
1852—56	12.40,
1857—61	12.54,
1862—66	12.23,
1867—71	12.48. —

Die zweite Frage lautet: „Welchen Rang nehmen die Nervenkrankheiten unter den verderblicheren Krankheiten ein?“ Nach der beigefügten Tabelle beträgt der Durchschnittsprozentsatz von sechs Lustren:

für zymotische Krankheiten	22.90,
„ Tuberkulose	15.94,
„ Krankheiten der Respirationsorgane und	13.00
„ Nervenkrankheiten	12.26.

Die Nervenkrankheiten nehmen hiernach erst die vierte Stelle ein. — Die dritte Frage bezieht sich darauf, ob einzelne Nervenkrankheiten einen bestimmten Prozentsatz der Summe der Nervenkrankheiten bilden, oder ob sie beträchtlichen Schwankungen unterworfen sind, ferner ob Paralyse und Geisteskrankheiten in den letzten Jahrzehnten beträchtlich zugenommen haben. Nach der Tabelle stellt sich das Verhältniss der einzelnen Nervenkrankheiten in den letzten sechs Lustren wie folgt:

Konvulsionen	48.70%	der gesammten
Apoplexie	16.19,	Nervenkrank-
Paralysis	15.96,	heiten,
Gehirnkrankheiten	6.98,	
Kephalitis	6.48,	
Epilepsie	3.79,	
Geisteskrankheiten	1.00,	
Delirium tremens	0.81,	
Tetanus	0.26	und
Chorea	0.10.	—

Was speziell den Schlusstheil der Frage betrifft, so sind die Prozentsätze von Paralyse und Geisteskrankheiten in den einzelnen Lustren folgende:

1838—42	12.61%	für Paralysis;	0.48%	für Geisteskrankheit
1843—46		—		—
1847—51	14.93	„	1.08	„
1852—56	16.28	„	1.07	„
1857—61	16.33	„	0.75	„
1862—66	17.51	„	1.01	„
1867—71	18.11	„	1.25	„

Es ergibt sich mithin für die Paralyse eine stetige Zunahme, für die Geisteskrankheiten ebenfalls eine Zunahme, doch mit Schwankungen. — Die vierte Frage lautet: „Sind Nervenkrankheiten in grossen Städten häufiger als auf dem Lande und ist irgend ein Einfluss der Raçe oder des Klima's nachzuweisen?“ Der Durchschnittsprozentsatz für die letzten fünf Lustren von 1847—71 der Todesfälle an Nervenkrankheiten von der Gesammtzahl der Todesfälle an anderen Krankheiten beträgt für London 10.66, für die South-Western Counties 11.20, für Wales 15.38%. Darnach ist die herrschende Annahme, dass das aufregende und aufreibende Leben der grossen Städte mehr Nervenkrankheiten hervorrufe, eine völlig irrige. Althaus ist vielmehr der Ansicht, dass die körperliche Anstrengung, wie sie der Landbewohner hat, mehr das Nervensystem abnutze als geistige Arbeit. Die Ursache der sehr hohen Ziffer von Wales gegenüber den anderen englischen Distrikten sucht er in einer geringeren Widerstandsfähigkeit der Wales bewohnenden keltischen Raçe im Vergleiche mit der angelsächsischen Raça. — Die fünfte Frage bezieht sich auf den Einfluss des Geschlechtes auf die Entwicklung von Nervenkrankheiten und zwei Tabellen erläutern diese Frage. Der Durchschnittsprozentsatz der letzten fünf Lustren beträgt beim männlichen Geschlechte 12.90, beim weiblichen 11.62. Hiernach ist das männliche Geschlecht entschieden stärker dazu disponirt. Der Einfluss des Geschlechtes auf die Sterblichkeit an den verschiedenen einzelnen Nervenkrankheiten erhellt aus einer beigegebenen Tabelle, nach welcher sich folgender Durchschnittsprozentsatz für die letzten fünf Lustren von 1847—71 herausstellt:

Konvulsionen	25.87	Männer und	20.21	Weiber,
Apoplexie	8.32		8.40	
Paralysis	8.26		8.57	
Gehirnkrankheiten	4.43		3.35	
Kephalitis	3.73		3.16	
Epilepsie	2.13		1.84	
Delirium tremens	0.78		0.10	
Geisteskrankheiten	0.47		0.56	
Tetanus	0.18		0.09	
Chorea	0.03		0.07. —	

Eine Anzahl von Kurven veranschaulichen ferner den Einfluss des Alters auf die Sterblichkeit an Nervenkrankheiten überhaupt sowie besonders bei den einzelnen verschiedenen derselben. Ein Maximum der Sterblichkeit an Nervenkrankheiten wird erreicht im ersten Lebensjahre; es fällt dann plötzlich dieselbe bis zum vierten Lebensjahre, worauf im fünften Jahre das eigentliche Maximum der Sterblichkeit erreicht wird. Dann tritt ein Sinken bis zum 10. Jahre und eine nochmalige allmählige Steigerung bis zum 70. Jahre ein, worauf die Sterblichkeit wieder allmählig abnimmt. Die Sterblichkeit an Enkephalitis erreicht zwei Höhepunkte im ersten und fünften Jahre, das eigentliche Maximum liegt im fünften Jahre; jene an Apoplexie hat ihren Gipfelpunkt im 70. Jahre, eine allmählige Steigerung erfolgt vom 30. Jahre an; jene an Paralyse ebenfalls im 70. Jahre, bei allmähliger Steigerung vom 25. Jahre an. Die Sterblichkeit an Delirium tremens erreicht ihr Maximum im 35. Jahre; im 30. und 40. Jahre ist dieselbe gleich hoch, aber niedriger als im 35. Die Sterblichkeit an Chorea zeigt das Maximum im 10., die an Tetanus im 5. Jahre, doch ist auch im ersten Jahre eine bedeutende Disposition vorhanden. Die Epilepsie zeigt Höhepunkte der Sterblichkeit im 1., 5., 40. und 60. Jahre, das Maximum aber im 20. Jahre. Das Maximum der Sterblichkeit an Geisteskrankheiten fällt auf das 50. und 65. Jahr. Todesfälle an Konvulsionen treten besonders im ersten Lebensjahre ein, das Maximum wird aber im 5. Jahre erreicht, nachdem im 4. Jahre nur ein sehr niedriger Punkt erreicht war. Gehirnkrankheiten zeigen das Maximum der Sterblichkeit im 5. Jahre,

jedoch auch im ersten Jahre schon einen Höhepunkt. — Drei weitere Kurven zeigen noch den Einfluss des Alters auf die Sterblichkeitsverhältnisse bei der Paralyse, bei Epilepsie und Geisteskrankheit bei beiden Geschlechtern. Bei allen drei Krankheiten zeigte sich, dass bei beiden Geschlechtern in annähernd demselben Alter die Maxima der Sterblichkeit eintreten, dass jedoch die Maxima beim weiblichen Geschlechte erheblich höher sind. Eine letzte Kurve veranschaulicht die Mortalitätsverhältnisse am Delirium tremens in den verschiedenen Theilen von England und Wales. — Dr. Traill Green unterzieht gleichfalls die Annahme einer Steigerung des Vorkommens von Apoplexie und Paralyse in Folge der heutigen aufregenden Lebensweise einer Besprechung, und zwar auf Grund der sehr werthvollen Mortalitätsstatistik einer Lebensversicherungsgesellschaft zu New-York, deren Erfahrung sich auf den Zeitraum von 31 Jahren (1843—1874) erstreckt. Der Prozentsatz der Apoplexie von der Gesammtmortalität beträgt 5.88, der anderer Nervenkrankheiten 10.38. Von letzteren entfallen auf: Gehirnkongestion 2.11, Lähmung und Gehirnerweichung 5.38, Epilepsie und Konvulsionen 0.61; andere Nervenkrankheiten 2.28. Verglichen mit Lungen- und zehrenden Krankheiten (30.01) erscheint dieser Prozentsatz sehr günstig. Der Prozentsatz von Krankheiten des Verdauungsapparates, inbegriffen Cholera, Dysenterie, Diarrhoe ist 13.18 und der von zymotischen Krankheiten 18.16. (Schmidt's med. Jahrbücher, 1878, 1. Heft.)

Den Schmidt'schen Jahrbüchern f. d. gesammte Medizin, 1878, 1. Heft, entnehmen wir nachstehende Originalmittheilung des Dr. Paul Reich zu Stuttgart über die Lokaltherapie des Magens. „Ein wesentliches Hinderniss, welches noch immer einer häufigeren Anwendung des nun seit mehr als zehn Jahren geübten Verfahrens im Wege steht, ist die grosse Scheu der Kranken vor der Einführung der Schlundröhre. Ich habe seiner Zeit in der deutschen Klinik eine Mittheilung über die Technik der Methode veröffentlicht, welche, wie ich erfahren habe, von Vielen unbeachtet geblieben ist. Die Wichtigkeit des Gegenstandes dürfte es wohl gerechtfertigt erscheinen lassen, wenn ich mir erlaube, nachstehend einige auf die Einführung wie auch auf die Beschaffenheit der Röhre sich beziehende Sätze zu reproduziren. Vor Allem ist entschieden zu rathen, mit der Einleitung des Verfahrens nur ganz allmählig vorzugehen, die Kranken in keiner Weise zu drängen. Dieselben haben in der Regel grosse Angst, fürchten zu ersticken u. s. w. und je ruhiger man selbst sich zeigt, um so leichter kommt man zum Ziele. Ich lasse zunächst die Pumpe ganz bei Seite, setze dem Patienten auseinander, dass auf demselben Wege, den die Nahrungsmittel passiren, eine dünne Röhre eingeführt und so die Kommunikation zwischen dem Magen und der Pumpe hergestellt werde, was ohne allen Schmerz und ohne Behinderung des Athmens geschehe und nur anfangs mit einem Gefühl von Kitzel verbunden sei, dem zu widerstehen ihm bei einiger Willensenergie unschwer möglich sein werde, lasse dann etwas Milch trinken und gehe nun, während ich ihn auffordere, den Mund weit geöffnet zu halten und ruhig weiterzuathmen, mit einer ganz dünnen (gänsefederkieldicken) zuvor befeuchteten Schlundsonde ein. Dies gelingt bei nur einigermassen verständigen Patienten ohne Schwierigkeit, und damit ist alle Furcht beseitigt. Ich gehe hierauf zu etwas dickeren Sonden über und nachdem noch einige eingeführt und von dem Kranken kurze Zeit behalten worden sind, ist gewöhnlich schon bei der ersten Sitzung die Anwendung der Pumpe möglich, wobei man natürlich die dünnste Schlundröhre benützt, welche überhaupt die Ausführung des Verfahrens gestattet (eine solche von 8 Mm. Durchmesser ist hierzu vollkommen ausreichend; später pflege ich dann in der Regel etwas dickere zu nehmen). Für den Anfang ist es zweckmässig, die Röhre durch einen Assistenten fixiren zu lassen; später besorgt dies der Kranke selbst. Wenn ich bemerke, dass die Patienten sehr empfindlich sind, sehe ich von der Auswaschung vorläufig ganz ab und benütze mehrere Sitzungen bloss zum Einüben. Wenn man auf die angegebene Weise, so zu sagen spielend, zu Werke geht, erleichtert man dem Kranken und sich selbst das Verfahren ganz ungemein, während eine übereilte und forçirte Vornahme desselben ganz geeignet sein kann, ihm die Methode gleich von vornherein gründlich zu verleiden. Eine besondere Beachtung verdient die Beschaffenheit der Schlundröhren. Dieselben müssen hinreichend lange und an ihrem unteren Ende mit mehreren — am besten vier — nach verschiedenen Richtungen hin ausmündenden Fenstern versehen sein. Eine einzige Oeffnung ist zum Zwecke einer gründlichen Aus-

spülung (Ausduschung) des Organes gewiss nicht genügend und bei den schon früher nachdrücklichst von mir empfohlenen vierlöcherigen Schlundröhren ist namentlich auch eine Verletzung der Magenwand durch Adspiration eines Theiles der Schleimhaut in das Lumen der Röhre kaum zu befürchten. Dass in einzelnen Fällen wirklich Stückchen der Magenschleimhaut mit der Sonde herausbefördert worden sind, ist aus einer Mittheilung von Prof. Leube zu ersehen. Bei zwei von ihm behandelten Kranken ist dieses Ereigniss übrigens ohne ernstliche Folgen geblieben. Blutspuren im herausgepumpten Magen-Inhalte habe ich selbst verschiedentlich wahrgenommen, ebenfalls ohne üble Nachwirkung. Leube macht mit Recht darauf aufmerksam, dass durchaus nicht alle im Handel vorkommenden Schlundröhren von tadelloser Beschaffenheit seien. Ausser der Zahl der Fenster ist namentlich auch die Beschaffenheit der Oberfläche zu beachten: dieselbe muss ganz glatt und es müssen die Ränder der Fenster gehörig abgerundet sein. Eine einzige der unteren Magenwand zugekehrte Oeffnung ist natürlich absolut verwerflich. Immer ist darauf zu sehen, dass das Organ vor der Auspumpung eine genügende Menge von Flüssigkeit enthalte, und wenn beim Anziehen des Stempels der geringste Widerstand sich bemerklich macht, ist sofort von Neuem solche einzutreiben, die Röhre wohl auch etwas zurückzuziehen. Was den Apparat zur Auswaschung des Magens betrifft, so möchte in allen Fällen, in welchen der Arzt in der Lage ist, dieselbe während der ganzen Dauer der Behandlung selbst vorzunehmen, die Pumpe als gründlicher wirkend dem Heber vorzuziehen sein. Wenn ich die Absicht habe, die Ausführung des Verfahrens späterhin dem Kranken selbst, beziehungsweise seinen Angehörigen, zu überlassen, pflege ich mich des letzteren zu bedienen".

Unter dem Titel: „Massenerkrankung in Wurzen im Juli 1877. Milzbrand oder putride Infektion?" veröffentlichen der k. Bezirksarzt Dr. Butter in Wurzen und der Assistent am pathologischen Institute zu Leipzig Dr. Karl Huber einen eben so wichtigen als lehrreichen Beitrag zur Lehre von den Infektionskrankheiten. Leider müssen wir uns bei Wiedergabe der Arbeit nur auf die wichtigsten Punkte derselben beschränken und verweisen unsere Leser betreffs der vielfach interessanten Einzelheiten auf das Original selbst. Am 15. Juli 1877 und den folgenden Tagen erkrankten in Wurzen (im Königreiche Sachsen) eine Anzahl Menschen, welche sämmtlich vom Fleische einer am 10. Juli geschlachteten kranken Kuh gegessen hatten. Die Zahl der betreffenden Krankheitsfälle stieg bis auf 206 und zwar werden 43 sehr schwer, 44 schwer und 119 leicht Erkrankte aufgezählt. Der Tod trat in 6 Fällen ein. Die schwersten Erkrankungen kamen nach dem Genusse rohen Fleisches (Beafsteak), die leichtesten nach demjenigen gekochten oder gebratenen Fleisches vor. So hatten vier der Gestorbenen rohes Fleisch, zwei aber damit bereitete Blut-, beziehungsweise Leber-Wurst genossen. Die Infektiosität des Fleisches war so gross, dass selbst der Arbeiter, welcher erst am 23. Juli die Reinigung der konfiszirten Gefässe vorzunehmen hatte, in der charakteristischen Weise erkrankte. Im Allgemeinen schien der Fäulnissgrad des genossenen Fleisches für die Intensität der Erkrankung massgebend zu sein. So blieben zwei Kinder im Alter von acht und zehn Jahren, welche kurz nach Schlachtung der Kuh rohes Fleisch derselben und zwar in ziemlich grosser Menge gegessen hatten, vollkommen gesund, während die Aeltern in den nächsten Tagen leicht erkrankten. Im Alter von 20—40 Jahren kamen die schwersten Erkrankungen und die meisten Todesfälle vor, während das jüngere Alter ein günstigeres Verhältniss zeigte. Aus den beigefügten Krankheitsgeschichten der DD. Reisland und Strümpell zu Leipzig lässt sich ein ziemlich einheitliches Krankheitsbild entnehmen. Die Symptome, welche zum Theil denen der Cholera ähnlich sind, sind etwa folgende: Die Krankheit begann in den schwereren Fällen plötzlich mit starkem Kopf- und Kreuz-Schmerze, Frost, Schwindel, grossem Durste, heftigen Leibschmerzen, Erbrechen und Diarrhoe. Der Leib war eingezogen und empfindlich. Die anfangs etwas erhöhte Temperatur sank bald und wurde normal. Der mässig frequente Puls wurde immer kleiner. Es trat äusserste Prostration ein, völlige Schlaflosigkeit war vorhanden, die Stimme wurde heiser und klanglos. In solchem Kollapszustande erfolgte der Tod; das Sensorium war jedoch bis zum Ende völlig ungetrübt. Selbst aus dem schwersten Kollapsus erholten sich indessen die Patienten wieder und genasen. In leichteren Fällen waren nur Unterleibssym-

ptome vorhanden. Während die Erkrankung nur einige Tage dauerte, war doch die Rekonvalescenz eine längere, und zuweilen trat selbst nach längerer Zeit noch ein Recidiv auf, wodurch in einem Falle sogar noch der Tod erfolgte. Nicht selten wird auch das Auftreten von Hautaffektionen (Abszesse, Furunkel, herpesähnlicher Ausschlag von pustulösem Charakter) erwähnt. — Was die Therapie anbelangt, so wurden durch die innerliche Darreichung der Karbol- oder Salicylsäure keine günstigen Resultate erzielt, dagegen waren Opiate und Kamphorinjektionen, letztere bei den Kollapsuszuständen, von grossem Nutzen. — Die Sektion ergab in allen sechs Fällen (drei Mal konnte Huber selbst die Autopsie vornehmen) annähernd gleiche Befunde. Magen und Dünndarm erschienen aufgetrieben und auf der äusseren Fläche rosenroth injizirt. Es bestand katarrhalische Schwellung der Schleimhäute des Magens, Dünn- und Dick-Darmes, mit einzelnen Hämorrhagieen und Infiltraten, Schwellung der Follikel, der Peyer'schen Plaques und Mesenteriallymphdrüsen. Ferner zeigte sich mässige Vergrösserung der Milz, Schlaffheit der Leber und des Herzens. Das Blut war dunkelroth, flüssig, in demselben und zwar auch im verhältnissmässig frisch entnommenen, fanden sich bei mikroskopischer Untersuchung längere, seltener kurze stäbchenförmige zum Theile an einander gelagerte und alsdann „wie winkelig geknickte" bewegungslose Gebilde, welche als „Milzbrandbacillen" gedeutet wurden. Es wurden in $^1/_2$ — $^1/_4$ Blutstropfen bis 50 solcher Gebilde gezählt. Darnach schien man also „intestinale Mykose" vor sich zu haben, während die klinische Diagnose des Dr. Butter auf „putride Infektion durch den Genuss fauligen Fleisches" lautete. — In der zweiten Hälfte dieser Abhandlung bespricht Huber das Verhältniss zwischen intestinaler Mykose und Milzbrand. Nachdem er die neueren Untersuchungen über diese Frage (von Virchow, Waldeyer, Neyding, Münch, E. Wagner, Leube, Fränkel-Orth, Klingelhöfer, Bartels und Bollinger) durchgegangen hat, erklärt er sich für die Identität beider Affektionen, indem er auf das Vorhandensein der „Milzbrandbacillen" das Hauptgewicht legt. Es steht somit fest, dass die in Wurzen Erkrankten an Milzbrand litten. Gegen diese Annahme seien folgende drei Einwände gemacht worden: 1) Es wird bezweifelt, dass die gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen, besonders die Anwesenheit der Bacillen, ausschliesslich sowohl für intestinale Mykose wie für Milzbrand sprechen. Zur Entkräftung dieses Einwandes beruft sich Huber auf die Angaben anderer Forscher. Er selbst hat bei den verschiedensten Krankheiten, vor Allem bei der Pyämie und Septihämie, welche Affektionen hier namentlich in Frage kommen können, zwar verschiedene andere Bakterienformen, nie jedoch diese charakteristischen bewegungslosen Bacillen beobachtet. 2) Die Erkrankung des Rindes war für Milzbrand eine zu lange dauernde, auch war der Symptomenkomplex ungewöhnlich und, was vor Allem zu beachten, es traten im Stalle keine weiteren Erkrankungen auf. Hiergegen führt Huber aus der Literatur verschiedene Fälle an, welche eben so irreguläre klinische Symptome darboten und sich doch als Milzbrand erwiesen. 3) Der Genuss des Fleisches veranlasste im vorliegenden Falle die Krankheit, während doch der Genuss milzbrandkranken Fleisches gewöhnlich für unschädlich gilt. Hiergegen macht Huber geltend, dass in diesem Punkte die Ansichten der Forscher ebenfalls getheilt sind. Er schliesst sich denen an, welche neben der gewöhnlichen, durch Inokulation veranlassten Milzbrandinfektion auch eine solche vom Darmkanale aus gelten lassen. Letztere sei sogar häufiger als man denke. Zur Erklärung des auffallenden Umstandes, dass das Milzbrandkontagium ein Mal spurlos den Darm passirt, ein anderes Mal in jedem einzelnen Falle krankheiterregend wirkt, stellt Huber die Hypothese auf, dass in denjenigen Fällen, in welchen trotz dem Genusse milzkranken Fleisches Infektion nicht erfolgte, das spezifische Gift durch den Kontakt mit dem Magen- und Darm-Sekrete in seiner Wirksamkeit vernichtet wurde, dass dagegen da, wo es zu einer sogenannten inneren Infektion kam, dies nur mit Hilfe eines nebenbei vorhandenen „irritirenden Agens" geschehen konnte — und dies gilt für derartige Massenerkrankungen — oder dass zufällig ein katarrhalischer Zustand der Verdauungsorgane vorlag, wodurch der Aufnahme des Giftes Vorschub geleistet wurde. Dieses „irritirende Agens" konnte im fraglichen Falle nicht sogleich im frisch geschlachteten Fleische vorhanden sein, denn dann hätten ja jene zwei Kinder, welche zuerst und zwar ziemliche Mengen davon genossen, vor Allem erkranken müssen, auch wurde es nach Huber in der späteren Zeit

(vom 17. Juli an) wiederum wirkungslos. — Eine mit der in Wurzen aufgetretenen Erkrankung sehr viele Analogieen darbietende Beobachtung, welche auch von Huber erwähnt wird, hat Dr. Bär veröffentlicht. Die Massenerkrankung nahm in diesem Falle nicht so grosse Dimensionen an. Es erkrankten im Juli 1874 nach dem Genusse des Fleisches einer kranken Kuh oder auch nur der damit bereiteten Fleischsuppe 16 Männer, 13 Weiber und 22 Kinder, letztere, wie im Huber'schen Falle, in geringerem Grade. Die Intensität der Erkrankung richtete sich auch nach den genossenen Organen und zwar wird der Genuss der Lungen und vor Allem derjenige der Leber als gefährlich bezeichnet. Das Krankheitsbild war dem in Wurzen beobachteten vollkommen ähnlich. In leichteren Fällen Magendrücken, Brechreiz, Unterleibsschmerzen, wässerige Diarrhöen, Schwindel, unruhiger Schlaf, Appetitlosigkeit, heftiger Durst und verfallenes erdfahles Gesicht; in schwereren Fällen Ohnmachten, Erbrechen, Zittern der Glieder und schwacher Puls. Auch wird die lange dauernde Rekonvalescenz hier ebenfalls betont. Ein Sektionsbefund liegt nicht vor, da der Tod in keinem Falle erfolgte. Ueber die Erkrankung der Kuh war von thierärztlicher Seite eine genauere Untersuchung angestellt und dabei ermittelt worden, dass das Thier an Septihämie erkrankt war, wozu eine fünf Tage vor dem Schlachten eingetretene schwere mit Verletzungen einhergehende Geburt die Veranlassung gegeben hatte. Das Fleisch zeigte zwar keine mit blossem Auge erkennbare Abnormität, ergab aber bei mikroskopischer Untersuchung auffällige Veränderungen, indem die Längsstreifung der Muskelfibrillen nur undeutlich, die Querstreifung gar nicht mehr wahrzunehmen war, und die Zellgewebshüllen von Fettkörnchenhaufen und Pigment durchsetzt waren. — Diese Thatsachen scheinen nicht nur die Untersuchungen Bollinger's vollständig zu bestätigen, nach welchen der Genuss des Fleisches von an Milzbrand und Rotz erkrankten Thieren giftig wirkt, sondern auch zu beweisen, dass die Fleischtheile pyämisch und septikämisch erkrankter Thiere derartige Massenerkrankungen herbeizuführen vermögen. Huber möchte freilich dem Milzbrande allein solche Schädlichkeit zuerkennen. Eine von der gewöhnlichen Fäulniss ganz verschiedene Zersetzung des Fleisches, wie man früher als ätiologisches Moment derartiger Massenvergiftungen annahm, will Bär nicht gelten lassen, sondern er glaubt vielmehr, dass in diesen früheren Fällen die gleichfalls vorhandene und wohl als Pyämie aufzufassende Erkrankung des infizirenden Thieres bei dem verhältnissmässig erst späten Auftreten der ersten Krankheitsfälle verkannt worden sei. (Schmidt's Jahrbücher für die gesammte Medizin, 1878, 1. Heft.) —

Prof. W. Roser veröffentlicht einen Artikel (im Archiv f. klin. Chirurgie, XXI. 1. p. 145) über das „dreihändige Meisseln"; er wendet den Meissel nämlich der Art an, dass er denselben nur hält und leitet, das Schlagen mit dem Hammer aber von dem Assistenten besorgen lässt. Diese Methode gewährt den Vortheil viel grösserer Raschheit und Präzision. Die Richtung und Tiefe, in welche das Instrument eindringt, kann dabei durch Finger und Auge des Operateurs viel besser überwacht werden, als wenn Letzterer selbst den Hammer führt, wobei die Aufmerksamkeit seines Auges zwischen Spitze und Knopf des Meissels getheilt ist, so dass er, namentlich bei einem langen Instrumente, entweder sich auf die Finger klopft oder andererseits die Wirkung auf den Knochen nicht genügend kontroliren kann. Besonders praktisch ist Roser's Verfahren da, wo man in grosser Tiefe, also blind, nur unter Zuhilfenahme des Tastsinnes, meisseln muss, z. B. bei tiefliegenden Oberschenkelsequestern in der Kniekehle. Der linke fühlende Finger des Operateurs schützt gleichzeitig die Weichtheile; der Assistent hat in einer Hand den Hammer, in der anderen Kornzange oder gestielten Schwamm zur Ausräumung der Splitter, und so geht die Operation rasch und ohne Unterbrechung durch Absetzen, Nachfühlen etc. von Statten. Von besonderem Werthe wegen der dabei nothwendigen Präzision und Vorsicht ist die Methode beim Ausmeisseln von Schädelbruchsplittern. Häufig ist bei Resektionen die Stichsäge durch den Meissel wegen der bei letzterem gestatteten kleineren Weichtheilschnitte mit Vortheil zu ersetzen, wobei das dreihändige Verfahren namentlich zur Geltung kommen wird. So ist bei Ankylose des Fussgelenkes mit starker Deformität oder Fistelbildung die Operation mit der Säge sehr schwierig, mit dem Meissel dagegen leicht auszuführen, indem man erst die beiden Knöchel und dann so viel von der Gelenklinie abstemmt als die Stellungsverbesserung erfordert. Roser hat bei einer veralteten Vorderarmluxation mit geringer Weichtheilverletz-

ng die Epip Humerus abgemeisselt
nd mehrmals bn des Schenkelkopfes
urch einen r kleinen Weichtheil-
chnitt mit d l vorgenommen. End-
ich empfiehlt in Rede stehende Ver-
ahren gewiss orthopädischen Osteo-
omieen. De muss lang und mit
lickem Knopf en sein, um dem Assi-
tenten einers Treffen zu erleichtern
nd um andere das Instrument auch als
chabeisen, E rium und Hebel während
er Operation ndet zu können. —

Bezüglich che Be Therapie der Mastitis
ezeichnet I Verhalt dgar Kurz zu Florenz
owohl des Einim gen von Watte und warmen
üchern Fremdkö die Kompression als nach-
heilig. E Harnes lbst beschränkt, sobald die
Brustdrüse von Milch strotzend, hart anzu-
ühlen und etwas empfindlich ist, zunächst
lie kräftige Diät und lässt die im Ueberflusse
orhandene Milch durch Anlegen mehrerer
Kinder oder durch Aussaugen vermittelst ge-
eigneter Apparate entfernen. Ist die Ent-
ündung schon weiter vorgeschritten, so dass
lie Oberfläche sich röthet, starke und harte
Knoten erscheinen und Uebergang in Eiter-
ng droht, so verordnet er Abführmittel und
ässt die Brust leicht in die Höhe binden.
Von vorzüglicher Wirkung hat er aber dann
lie Anwendung der Kälte gefunden. Je
ach dem Grade der Entzündung lässt er
einige Zeit hindurch einfache kalte Umschläge
oder eine Eisblase auf die Brust appliziren.
Hierbei sah er den Schmerz bald verschwin-
len, die Spannung geringer werden. Abszess-
bildung hat er bei diesem Verfahren während
zweier Jahre niemals beobachtet. (Memora-
bilien, 1877.)

Dr. Henry G. Rawdon bespricht im
Brit. med. Journ., 1877, die Vortheile der
frühzeitigen Operation der Hasen-
charte. Nach ihm beruht die Ursache der
grossen Sterblichkeit der Hasenschartenkinder
n der Unmöglichkeit, denselben vor der Ope-
ation die Mutterbrust reichen zu können;
nan müsse daher nicht wie gewöhnlich erst
nach drei Monaten, sondern wo möglich in
den ersten 24—36 Stunden operiren,
zumal die betreffenden Kinder meist bei ihrer
Geburt kräftig entwickelt seien. Schon nach
wenigen Tagen sei die Heilung soweit er-
folgt, dass die Kinder saugen könnten, und
es sei nicht schwierig, das Versiechen der
Milch während dieser kurzen Zeit zu ver-
hindern. Zwei Fälle werden zur Bestätigung
dieser Behauptungen vom Verfasser mitge-
theilt. Beide waren mit Gaumenspalte und
prominirendem Zwischenkiefer komplizirt. Im
ersteren wurde 23 Stunden nach der Geburt
operirt und erfolgte die Heilung in vier Tagen;
das Säugen war aber wegen der sehr breiten
Gaumenspalte (in welchem Falle Rawdon
desshalb die frühzeitige Operation nicht für
so dringend hielt) nicht möglich; das Kind
gedieh trotzdem gut. Der zweite Fall betraf
ein fünf Wochen altes, sehr schwächliches
Kind, dessen Mutter die Milch noch nicht
verloren hatte. Am 6. Tage nach der Opera-
tion war es im Stande, zu saugen, und ent-
wickelte sich jetzt vortrefflich. —

Unter dem Titel: „Hemiopie und Seh-
nervenleiden“ gibt Prof. Dr. Schweig-
ger eine Sammlung von 40 Fällen von Seh-
felddefekt in Folge von intrakraniellen Stör-
ungen. Ein näheres Eingehen auf Einzel-
heiten wäre ohne die Wiedergabe der Zeich-
nungen ganz unverständlich. Verf. betont,
dass man Gesichtsfelddefekte, wenn sie beider-
seitig waren, früher ohne Unterschied Hemio-
pie nannte. Eine Netzhautablösung, welche
an beiden Augen an derselben Stelle vorhan-
den war, konnte leicht als ein centrales Lei-
den aufgefasst werden. Dies geschieht frei-
lich jetzt nicht mehr, aber noch heute wer-
den die Defekte bei Sehnervenentzündungen,
wenn letzteren eine intrakranielle Störung
zu Grunde liegt, mit Unrecht als direkte
Folgen der letzteren angesehen. Am richtig-
sten wäre es, den Ausdruck Hemiopie nur
für solche Fälle zu gebrauchen, in welchen
ohne ophthalmoskopischen Befund plötzlich
gleichseitige Gesichtsfeldbeschränkungen
auftreten. Diese kommen meistens als Folge
apoplektischer Anfälle vor. Gerade diese
Gruppe verlangt aber die Halbkreuzung der
Sehnerven im Chiasma und müsste dieselbe,
wenn sie nicht anatomisch nachgewiesen, er-
funden werden. Um die Verwirrung, welche
durch den scheinbaren Nachweis einer totalen
Kreuzung beim Menschen zu drohen schien,
zu beseitigen, ist dieser Beitrag Schweig-
ger's willkommen zu heissen. (Archiv für
Ophthalm. XXII 3 p. 276.) —

In der deutschen Zeitschrift f. praktische
Medizin 1877 Nr. 21 und 25 wird von Dr.
Hartwig der Universaltrokar empfohlen,
ein Instrument, welches aus einem am unteren
Ende durch ein eingeschlossenes Gummirohr

unterbrochenen Trokar besteht, welcher über jenem ausserdem noch ein mit einem Kautschukschlauch versehenes Seitenrohr trägt. Ueber das eingeschaltete Gummistück ist ein enger Gummiring gezogen, welcher nach Ausziehung des Dornes jenes fest komprimirt und so den Trokar luftdicht abschliesst. Bei abgeklemmtem Seitenrohr wirkt der Trokar wie eine gewöhnliche Spritze adspirirend, so dass man eine kleine zur mikroskopischen Untersuchung geeignete Probe der Punktionsflüssigkeit erhalten kann. Will man grössere Mengen entleeren oder nachher Flüssigkeiten injiziren, so setzt man an den vorher abgeklemmten Seitenschlauch die Spritze zur Adspiration oder Injektion. Um den Dorn ohne Verletzung des Gummirohres einführen zu können, dient ein auf die Spritze gesetztes passendes Holzstückchen. (Das bei Détert in Berlin zu beziehende Instrument kostet 9 bis 10 Mark.) —

Dass die Urtikaria nicht selten mit fieberhaften Erscheinungen beginnt, ist eine Thatsache, welche alle Autoren anerkennen. Dagegen sprechen nur wenige Schriftsteller von einer Komplikation der Urtikaria mit Febris intermittens. Von dieser Form, welcher man den Namen „Intermittens urticata" beigelegt hat, will J. Frank 1794 zu Pavia und 1812 in Wilna ein fast epidemisches Auftreten beobachtet haben und ist diese Komplikation so selten, dass Hebra binnen 25 Jahren bei 500 Urtikaria-Kranken und Prof. Dr. H. Zeissl bei 200 Privatkranken, welche an Urtikaria litten, sie noch niemals beobachtet haben. In Folge dieser Seltenheit wird von vielen Autoren auch ihr Vorkommen geleugnet. Zeissl gibt nun im Nachstehenden einen von ihm beobachteten hierhergehörigen Fall. Derselbe betraf eine in seinem Hause bedienstete Frau von 52 Jahren und kräftigem Körperbau. Dieselbe klagte am 8. August 1877 Morgens über Abgeschlagenheit, Stirn- und Kreuzschmerzen. Um 2 Uhr Nachmittags trat ein zweistündiger Schüttelfrost mit nachfolgendem 3stündigen Hitzestadium ein; Puls 130 und Temperatur 41° C., heftiger Durst, Zunge zeigt gastrischen Beleg; keine Röthung der Rachenschleimhaut oder der Tonsillen. 9. Aug. Das Fieber ist geschwunden. 10. Aug. Aehnlicher febriler Paroxysmus, regelmässig verlaufend. Diagnose: Intermittens. Therapie: Chinin. muriat. 1.0 pro die. 12. Aug. Nachmittags 2 Uhr dritter Fieberanfall. 5 [illegible] früheren Fällen [illegible]tientin über heftiges [illegible] und wohl als P[illegible] Bedeckung. Die Inspe[illegible]ung des infizir[illegible] Stamm als auch die S[illegible]nissmässig erst [illegible] der Extremitäten mit [illegible]ankheitsfälle v[illegible] bedeckt, welche mit [illegible]'s Jahrbücher [illegible] ge[illegible] geben sind und an i[illegible], 1. Heft.) — [illegible] Punkt[illegible] mattweiss aussehen; [illegible] zusammengeflossen bis [illegible]entlicht einen [illegible] (Urticaria porcellanea); [illegible]gie, XXI. [illegible] auf di[illegible] Haut, Waschungen mi[illegible] Meisse[illegible] Wasse[illegible] Mit dem Eintritte der [illegible]ch der Art [illegible] die Urtikaria-Efflorescenz [illegible]eitet, das[illegible]. Di[illegible] Kranke wird jedoch noc[illegible]n dem A[illegible] von te[illegible] tianen Fieberanfällen heimg[illegible]ode ge[illegible]. Alle m[illegible] Ausnahme des letzten A[illegible]chheit [illegible] sind vo[illegible] Urtikaria-Eruptionen begle[illegible]iefe, [illegible]e Krank[illegible] hat nie vorher an Urtikaria g[illegible] d[illegible] noch i[illegible] sie seitdem wieder von derse[illegible]n befalle[illegible] worden. Der Umstand, dass die Urtikari[illegible] 14 Male mit dem Hitzestadium wiederkehr[illegible] und bei eintretender Apyrexie abblasste u[illegible] schwand, berechtigt Zeissl zu dem Wah[illegible] scheinlichkeitsschlusse, dass die Intermitten[illegible] mit der Urtikaria in irgend einem ursäch[illegible] lichen Zusammenhange gestanden haben mög[illegible] (Allg. Wien. med. Zeitg., 1877.) —

Dr. J. C. Ewart zeigte bei Gelegenhe[illegible] eines in der London Pathological Society g[illegible] haltenen Vortrages lebende Exemplar[illegible] der dem Auftreten von Milzbrand z[illegible] Grunde liegenden Mikroorganismen vor. Wenn er Keime derselben unter d[illegible] Haut einer Maus brachte, so entwickelten si[illegible] sich bald zu stäbchenförmigen Partikeln[illegible] welche sich in den Kapillaren und kleine[illegible] Blutgefässen so zahlreich ansammelten, das[illegible] dieselben verstopft wurden und der Tod nac[illegible] zwei Tagen durch Asphyxie erfolgte. Di[illegible] weitere Entwicklung der Organismen ging[illegible] sobald ein Blutstropfen der Maus in wässerig[illegible] Flüssigkeit gebracht wurde, bei einer gewis[illegible]sen Temperatur in folgender Weise vor sich[illegible] Die Stäbchen verlängerten sich und erreich[illegible]ten in 24 Stunden das 120fache ihrer früher[illegible] Länge; nach weiteren 24 Stunden traten läng[illegible] der Fäden in gewissen Zwischenräumen kleine[illegible] Punkte (Baccillussporen) auf, welche sich[illegible] alsbald vergrösserten und beim Platzen der[illegible] Röhre frei wurden. Diese so durch Züchtung erhaltenen Sporen brachten bei einer[illegible] anderen Maus die Krankheit von Neuem her[illegible]vor. (The Lancet, 1878.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 16. *Erlangen*, am 20. April 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Mechanische Behandlung von Hautkrankheiten. Chemische Karbolsäureintoxikation. Zur Tuberkulosenfrage. Verhalten der Kalkschalen der Hühnereier bei der Bebrütung. Zur Pathologie des Nervengewebes. Einimpfung von Blennorrhoe gegen Pannus. Conglutinatio orificii uteri externi. Zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus. Ueber Verletzung und Schutz des Dammes. Eigenschaften des Harnes nach innerlichem Gebrauche von Rheum und Santonin. Erythema exsudativum multiforme.

Die mechanische Behandlung der Hautkrankheiten erörtert Prof. Heinrich Auspitz in der Vjhrsschr. f. Dermat. u. Syph., III. 4. p. 562 ff. Er theilt dabei die mechanisch-wirkenden Mittel in vier Kategorieen ein, je nachdem sie angewandt werden als Deckmittel, als Reibmittel, als schabende und kratzende Mittel mittelst Stichelungs- und Skarifikations-Instrumenten, und bespricht zunächst im Allgemeinen die therapeutischen Zwecke dieser Heilmethoden. Sodann geht er zur Anwendung derselben bei einzelnen Krankheiten über. Was zunächst die Ekzeme betrifft, so hat er, ausser den bei den akuten Formen im Anfange kaum zu entbehrenden Streupulvern, bei recht hartnäckigen Formen des chronischen Ekzemes guten Erfolg von folgender Behandlung gesehen: Entfernung von Schuppen und Krusten mittelst Unguent. diachyl. Hebrae (mit Mandelöl statt Olivenöl bereitet) oder bei sehr trockener Haut mittelst Einhüllung in vulkanisirte Kautschukleinwand; hierauf Abreibung mit einer Sandseife oder Bimsstein in Stücken oder mit kleienförmigem Sande durch einen befeuchteten Flanellappen, worauf sodann die stark geröthete Haut mit einer sehr dünnen Lage Ol. cadini oder rusci gut eingerieben und mit Kautschukleinwand bedeckt wird. Diese Manipulationen werden ein bis zwei Mal täglich vorgenommen, zuweilen einen Tag ausgesetzt, an welchem das Ekzem einfach mit Salbe verbunden bleibt. Nicht zu empfehlen sind die übrigens immer mit Vorsicht anzuwendenden Sand-Abreibungen bei Ekzemen der Genitalien, des Nabels oder des Gesichtes. Von der Schab- und Skarifikations-Methode sah Verfasser keine Erfolge. Auch bei Psoriasis hält derselbe die Anwendung des scharfen Löffels für unzulässig und erzielte auch durch Stichelung keine besonders günstigen Resultate. Nicht ungünstig wirkten bei Psoriasis nummularis der Extremitäten tägliche Sandabreibungen in Kombination mit Einpinselung von Liqu. ferri sesquichlor. (1:2 Wasser). In den letzten Jahren angestellte Versuche mit Extract. Secal. cornuti, intern und subkutan, waren nicht von Erfolg begleitet. Ebenso wirkten bei Prurigo tägliche Sandabreibungen neben der sonstigen Behandlung schon nach wenigen Tagen günstig rücksichtlich des Juckens und der Knötchenbildung. — Bei Lupus vulgaris empfiehlt Auspitz gegen flächenartige Lupusinfiltrate von nicht zu grosser Ausdehnung und gegen die lupösen Geschwüre die Auskratzung mit dem Löffel, gegen die lupöse Hyperämie der Basis die Stichelung und gegen die frischen Lupusknötchen die Behandlung mit dem pyramidenartigen oder konischen Stachel, den er an die Rückseite eines scharfen Löffels hat anbringen lassen und welchen er vor jedesmaligem Einstechen in die einzelnen Knoten in eine Lösung von Jodglyzerin (1 Jod : 20 Glyzerin) eintaucht. Bei Acne simpl. und Komedonen wendet er mit bestem Erfolge das eben erwähnte Instrument in der Weise an, dass er mit dem Stachel senkrecht in den

Ausführungsgang der Talgdrüse einsticht, worauf der Akneknoten sofort einsinkt oder der Komedo entleert ist. Sodann führt er den Schablöffel flach über die entleerten Knoten, sowie über kleinere, bei welchen der Stachel gar nicht vorher angewandt zu werden braucht, und schabt damit die im Centrum fest aufhaftenden Schüppchen ab. Diese Manipulation wird einige Tage nach einander ausgeführt, so lange sich noch Knoten zeigen, dazwischen werden Fettläppchen aufgelegt. Die Anwendung des Reibsandes ist, als viel roher und irritirender, weit weniger zu empfehlen. Dieselben sehr günstigen Erfolge hatte diese Methode bei der Sykosis, bei welcher nebenher auf das tägliche Rasiren — ohne Epilation — ein Hauptgewicht zu legen ist; bei stärkerem Infiltrate der Basis wird kräftig ausgeschabt, während bei leichteren Fällen nur mässig andrückend über die Pusteln, Knoten und Borken hinweggefahren wird. Dieses Verfahren wird mehrmals wöchentlich wiederholt, in der Zwischenzeit Diachylon-Salbe aufgelegt. Bei Acne rosacea wendet Verfasser mehrmals wöchentlich Schlitzung der hypertrophirten Gefässe an, der Länge und der Quere nach mit einer grossen Staarnadel, mit hierauf folgender Einpinselung einer Lösung von Liq. ferri sesquichlor. (ana mit Wasser). Hypertrophische Wucherungen geringeren Grades in Form von unebenen, rothen Knoten wichen stets gut dem Schablöffel. Zwischen den Operationen wird Emplastrum Hydrargyri aufgelegt oder eine Salbe von Styrac. liquid. 10, Flor. sulphur. und Glycerini ana 5, Ungt. emoll. 50. Bei Lupus erythematodes besteht seine Behandlung in Auskratzen der centralen deprimirten Partie — welche er als den Sitz des Infiltrationsprozesses ansieht — mit dem Löffel und zugleich Stichelung der hyperämischen Randpartie; bei Lupus eryth. der Extremitäten daneben noch in Bedeckung mit vulkanisirter Kautschukleinwand. — Bei der flachen Form des Epiteliomes, nicht bei den knotenförmigen, harten, z. B. im Zungengewebe sitzenden epitelialen Wucherungen, wendet Auspitz ebenso wie Hebra jun. mit bestem Erfolge die Auskratzungsmethode an, jedoch mit nachfolgender oder bisweilen auch vorausgehender mehrere Tage lang dauernder Aetzung mittelst der Cosme'schen Paste (Acid. arsenic. 1, Cinnabar. factit. 3, Ungt. rosati 30), auch die Papillome und spitzen Kondylome eignen sich, wenn sie nicht zu weich sind, für die Schabmethode, während diese bei Kallositäten und Hühneraugen von geringerem Werthe ist. — Rücksichtlich des Herpes tonsurans und der Pityriasis versicolor ist die Sandtherapie allein oder in Verbindung mit nachträglicher Seifenabreibung sehr zu empfehlen, bei Favus leistet sie dagegen nichts. Bei ulzerativen Prozessen endlich ist das mittelst Auslöffelung gewonnene Resultat vortrefflich, wenn man im Stande ist, alles Krankhafte zu entfernen; ist bei syphilitischen Plaques und breiten Kondylomen eine schnelle Abtragung wünschenswerth, so ist der Schablöffel sehr zu empfehlen. —

E. Sonnenburg bespricht in der deutschen Zeitschrift f. Chirurgie, Bd. IX, Heft 3 u. 4 die seit Einführung des Lister'schen Verbandes ab und zu beobachteten Erscheinungen der chemischen Karbolsäure-Intoxikation, welche sich bei Kindern bekanntlich stärker wie bei Erwachsenen durch Kollapssymptome und Temperatursteigerung zu äussern pflegen. Er findet, dass sowohl in den von ihm selbst gesehenen wie in der Literatur verzeichneten Fällen die betreffenden Vergiftungserscheinungen sich keineswegs immer so prägnant und deutlich einstellten, um aus ihnen allein eine sichere Diagnose ableiten zu können. Namentlich ist der Grad der Vergiftung durchaus nicht aus der Färbung des Urines zu entnehmen. Dennoch sieht er gerade in dem Verhalten desselben ein absolut zuverlässiges und sicheres Mittel, den Grad der Karbolvergiftung zu erkennen, und bezieht sich hierfür auf die im XII. Bande von Pflüger's Archiv veröffentlichte Arbeit Baumann's über die gepaarten Schwefelsäuren im Organismus. Baumann hat nämlich gezeigt, dass die Schwefelsäure im Urine ausser in schwefelsauren Salzen noch in Salzen von sogenannten „gepaarten Schwefelsäuren" vorkommt. Im Harne von Patienten, welche mit Karbolsäure behandelt werden, ist die Menge der gepaarten Schwefelsäuren erheblich vermehrt, während die Schwefelsäure in Form von Salzen gleichzeitig verschwindet, bis schliesslich (bei immer mehr zunehmender Vergiftung) keine Spur von derselben mehr vorhanden ist. Es hat sich dann Karbol- oder Phenyl-Schwefelsäure gebildet und zwar findet die Anlagerung des Karbols oder Phenols an bereits fertig gebildete Schwefelsäure direkt Statt, da die

Bildung der Phenylschwefelsäure erheblich vermehrt wird, wenn mit dem Phenol gleichzeitig ein schwefelsaures Salz gegeben wird. Da ferner die Phenylschwefelsäure im Gegensatze zur reinen Karbolsäure nicht giftig ist, so ist das schwefelsaure Natron oder ein anderes lösliches Sulfat ein direktes chemisches Gegengift bei Karbolvergiftung. Das beste Reagens zur Konstatirung des Schwindens der Schwefelsäure im Urine bei Karbolvergiftung ist das Chlorbaryum, welches in überschüssiger Lösung dem vorher von etwaigen abnormen eiweisshaltigen Bestandtheilen befreiten und mit Essigsäure stark angesäuerten Urine zugesetzt wird. Bei normalem Urine entsteht dann eine milchige Trübung, während bei Karbolvergiftung die schleierhafte Trübung nach Chlorbaryumzusatz auffällt, ja in sehr hohem Grade von Intoxikation jede Trübung fehlt. Wir wissen aber durch Experimente, dass mit diesem gänzlichen Verschwinden der schwefelsauren Salze die Intoxikation eine Höhe erreicht, welche — zumal bei Kindern — lebensgefährlich werden kann. Wenn mithin hierdurch dem Chirurgen ein Mittel an die Hand gegeben ist, durch eine einfache Harnreaktion die Karbolvergiftung von der Wunde aus mit Sicherheit zu erkennen, so wurde ihm gleichzeitig auch ein Gegengift der unschuldigsten Art, bestehend in der Darreichung schwefelsaurer Salze, zur Verfügung gestellt. Den hierauf bezüglichen Versuchen Baumann's an Thieren hat Sonnenburg solche, allerdings noch nicht abgeschlossene, beim Menschen hinzugefügt, welche ihn zu den folgenden Resultaten führten: 1) Wird beim Auftreten des Karbolharnes der karbolhaltende Verband ganz weggelassen, so verschwinden die Vergiftungserscheinungen in 1—2 Tagen, während welcher Zeit die Schwefelsäure in Form von Salzen wieder normal im Urine erscheint. Es treten die Intoxikationssymptome unzweifelhaft, aber noch schneller zurück, wenn zu gleicher Zeit schwefelsaures Natron gegeben wird. Desgleichen wird man auch meist eine schnellere Rückkehr der Schwefelsäure in Form von Salzen im Urine nachweisen können. 2) Wird beim Auftreten des Karbolharnes sofort schwefelsaures Natron gegeben, so kann man meistens die gewöhnliche Karbolbehandlung beibehalten, indem die Vergiftungserscheinungen sich trotzdem verlieren, jedenfalls keinen höheren Grad erreichen. Nur in Fällen, in welchen dieselben vom Anfange an sehr heftig auftreten, in welchen es sich also um grosse Empfänglichkeit von Seite des Patienten handelt, wird man vielleicht nicht immer durch das schwefelsaure Natron allein dieselben bekämpfen können. — Sechs kurz mitgetheilte Krankheitsgeschichten dienen namentlich zur Illustration des letzten der beiden vorstehenden Sätze. —

„Zur Tuberkulosenfrage" schreibt Dr. Paul Baumgarten, Dozent und Prosektor a. d. Universität zu Königsberg, an die Redaktion des Centralblattes f. d. mediz. Wissenschaften (1878 Nr. 13), was folgt: „Nachdem Virchow den „miliaren Tuberkel" für das spezifische Produkt der Tuberkulose erklärt hatte, wobei er das spezifische Moment weniger in der histologischen Struktur der Neubildung, als in dem Gesammtverhalten derselben, in ihrer ganzen Geschichte findet, machte sich späterhin, namentlich durch die Untersuchungen von Langhans, E. Wagner und Schüppel, die Anschauung geltend, dass der ächte Tuberkel durch einen ganz bestimmten eigenartigen Bau vor allen anderen in Knötchenform auftretenden Neoplasieen ausgezeichnet sei, — dass er auch durch die Form und Anordnung der ihn konstituirenden Elemente Spezifität besitze. Die Folge davon war, dass man erstens alle Knötchen, welche die Struktur des „retikulirten", des „Riesenzellen" - Tuberkels zeigten, für ächte Tuberkel erklärte, und zweitens, dass man fragliche Knötchen, welche nicht das genannte spezifische histologische Bild darboten, als ächte Tuberkel nicht anerkannte. Die praktisch-wichtigsten Folgerungen dieser Auffassung waren einerseits die Lehre von der sogenannten lokalen Tuberkulose (Friedländer-Köster), andererseits der Protest Friedländer's gegen die Beweiskraft der Resultate der Tuberkel-Impfung. Derselbe leugnet bekanntlich die Identität des Impftuberkels mit dem wahren menschlichen Tuberkel, weil jener nicht den Bau des Riesenzellentuberkels aufweist. — Wenn nun bisher in der That der bestimmte Nachweis, dass etwas dem in Rede stehenden Gebilde völlig Entsprechendes auf experimentellem Wege hervorzubringen sei, fehlte, so glaube ich heute diesen Nachweis liefern zu können. Ich habe bereits mitgetheilt, dass sich um Gefässligaturknoten herum konstant ein an Riesen- und epitelioiden Zellen reiches Granulationsgewebe ausbildet und zwar liegen die Riesenzellen durchaus

nicht nur — wie man schon seit Langem weiss — direkt um die Fremdkörper (die Fibrillen und Fibrillenbündel des Seidenfadens), sondern, wie ich nochmals hervorhebe, im ganzen Bezirke der durch die Fremdkörper unterhaltenen granulirenden Entzündung; tuberkelartige Knötchen konnte ich jedoch in der diffusen Wucherung nicht wahrnehmen. Verpflanzt man aber Fremdkörper von mehr mikroskopischen Dimensionen in disseminirter Vertheilung in das Unterhautzellgewebe (auch kann jeder das Experiment gelegentlich machen, indem sich bei den verschiedenen Operationen Schnitzel von Kaninchenhaaren, Baumwollenfäserchen, diverse Schmutzpartikel allenthalben in das Gewebe einbohren), so bilden sich — wie bekannt — um dieselben Riesenzellen. — Der Behauptung gegenüber, dass diese nur solche Formen darstellen, wie man sie im Knochenmark, in Riesenzellensarkomen u. s. w. antrifft, und dass dieselben, als nicht identisch mit den „Tuberkelriesenzellen", von der Diskussion auszuschliessen seien, muss ich nach wiederholten ganz sicheren Beobachtungen die Anwesenheit ächter sogenannter Tuberkelriesenzellen um unsere Fremdkörper konstatiren: dieselbe typische Randstellung der Kerne, dasselbe eigenthümliche, gleichmässig dunkel gekörnte Protoplasma! Die typische Riesenzelle, mit dem Fremdkörper im Leibe, liegt nun entweder isolirt im Gewebe, oder aber sie ist umstellt mit einem runden oder ovalen Haufen epitelioider und lymphoider zelliger Elemente, erstere immer dichter und reichlicher in der Nähe der vielkernigen Protoplasmamasse; oft durchsetzt auch ein Retikulum das Knötchen; Gefässe sind selbst an guten Injektionspräparaten nicht darin zu entdecken. Das umliegende Gewebe, wenig verändert oder etwas stärker zellig infiltrirt, erscheint entweder einfach auseinandergedrängt oder umgibt mit einer Art narbiger Kapsel den wuchernden Haufen. — Ich habe Durchschnitte durch derartige Knötchen mit solchen durch zweifellose Miliartuberkel immer und immer wieder bei den gleichen starken Vergrösserungen verglichen und bin nicht im Stande, selbst an feinsten Schnittpräparaten, einen irgendwie nennenswerthen Unterschied herauszufinden. Sie sind also in ihren histologischen Elementen und in der Anordnung derselben identisch mit den bei der Tuberkulose gefundenen Riesenzellentuberkeln, unterscheiden sich aber von letzteren, wie mich eine fortgesetzte Beobachtung gelehrt hat, namentlich dadurch, dass sie weder verkäsen noch Neigung zur Dissemination zeigen. Der „Riesenzellentuberkel" also als solcher — eine aus verschiedenen Ursachen entstehende eigenthümliche anatomische Formation — ist nicht ein für die Tuberkulose spezifisches anatomisches Substrat, sondern erhält seine Bedeutung für dieselbe und seine Bestimmung als tuberkulöses Produkt erst durch seine weitere Lebensgeschichte. —

Prof. Carl Voit erörtert (in der Zeitschrift f. Biologie Bd. XIII, 1877, S. 518) das Verhalten der Kalkschalen der Hühnereier bei der Bebrütung. Nach der Auffassung von Prout sollte der zum Aufbau des Skelettes des im Ei sich bildenden Hühnerembryo nöthige Kalk von der Kalkschale geliefert werden. Dies sollte so stattfinden, dass die im Ei enthaltene Phosphorsäure Kalk von der Eischale ablöse. Dadurch sollte gleichzeitig die Schale selbst dünner werden, so dass das Hühnchen schliesslich mit Leichtigkeit sollte durchbrechen können und endlich sollte auf diese Weise die freie Phosphorsäure des Dotters neutralisirt und die Bildung alkalischen Blutes möglich gemacht werden. Ein Ei ohne Schale sollte für die Bildung des Knochengerüstes des Hühnerembryo keine genügende Menge von Kalk enthalten. Unter Voit's Leitung sind zur Prüfung dieser Angaben von einer Reihe von Forschern Eier einer und derselben Henne vor und nach der Bebrütung untersucht worden, wobei sich Folgendes ergab: Im Mittel aus acht Bestimmungen hatte jedes Ei von durchschnittlich 50.27 Grm. Gewicht in Folge einer 19tägigen Bebrütung um 7.46 Grm. an Gewicht verloren und zwar war der Inhalt des bebrüteten Eies um 0.402 Grm. an festen Theilen leichter als der des unbebrüteten. Die trockene Kalkschale mit dem Schalenhäutchen wog im bebrüteten Ei dagegen um 0.1 Grm. mehr als im nicht bebrüteten. Das Plus liegt in den Fehlergrenzen, so dass angenommen werden muss, dass die Schale beim Bebrüten in ihrem Gewichte unverändert bleibt. Die Bestimmung der organischen und unorganischen Bestandtheile der Eischale ergab, dass das bebrütete Ei prozentig mehr Asche und weniger organische Substanz enthält als das nicht bebrütete. Der absolute Kalkgehalt jedoch ist in beiden ganz derselbe. Die Analyse eines entwickelten Hühner-

nbryo hat gezeigt, dass zur Entwicklung nes Hühnchens, zur Bildung seines Skelettes s zu dem Zeitpunkte, zu welchem das ausschlüpfte Thier schon läuft und Bewegen macht, nur 0.0347 Grm. Kalk gehören. iese Menge ist in der Asche des Eiweisses id dem Dotter der Eier gedeckt. Die Gemmtasche wiegt 0.4359 Grm. Nur die sche des Dotters enthält freie Phosphorure und reagirt sauer. Diese Phosphorsäure hrt von dem Lecithin her und kann daher Bildung von alkalisch reagirendem Blute ht hindern, da das Lecithin unzersetzt m Aufbau der Nervensubstanz verbraucht rd. Im Uebrigen reagirt die Asche des sammtinhaltes des Eies stark alkalisch. Da s Eiweiss von den sich entwickelnden ierchen assimilirt wird, so mangelt es demch dem Organismus an der erforderlichen nge von Alkalien zur Bildung des alkalien Blutes keineswegs. —

Zur Pathologie des Nervengewebes det Dr. Guido Tizzoni folgende Mitilung aus dem Laboratorium des Prof. zzozero zu Turin an die Redaktion des ntralblattes für die mediz. Wissenschaften eröffentlicht in der Nummer 13 v. 30. März J.). — „Im Gegensatze zu den neulich Prof. Ranvier veröffentlichten Ergebsen (Leçons sur l'histologie du système veux) und mit Hilfe eines exakteren Präationsverfahrens, das in der Auflösung des elins der Markscheide durch Chloroform teht, wodurch der Inhalt der Schwann'en Scheide deutlich sichtbar wird, verchte ich folgende Thatsachen festzustellen: An normalen und solchen Nervenfasern, che ganz vor Kurzem der Durchschneid- oder anderweitigen künstlichen Reizen erworfen worden waren, findet man in Markscheide ein feines Horn-Retikulum, ches dem Myelin zur Stütze dient und ches mittelst eines anderen Präparationsahrens bereits von Prof. Kühne nachiesen wurde. 2) Nach der Durchschneid- eines Nerven fällt sowohl dessen central er Stumpf als der peripherische r Entartung der Markscheide und des ncylinders anheim; nur verlaufen diese enerativen Prozesse im peripherischen mpfe rascher und vollständiger und ercken sich bis zu den letzten Nervenverigungen in den Muskeln. 3) Diese Entartung der Markscheide und des Axencylinders beginnt immer an den Ranvier'schen Ringen und schreitet von dort gegen die Mitte des interannulären Raumes, woselbst der Kern liegt, fort. 4) Die Veränderungen der Markscheide bestehen zunächst in dem Auftreten grosser, länglicher und regelmässiger, von einander etwas entfernter Tropfen, welche den Schmidt-Lautermann'schen Portionen der Markscheide entsprechen. Später zerfallen diese Tropfen zu kleinen Tröpfchen, welche durch ihre Anhäufung zu varikösen oder ampullären Erweiterungen der Faser Veranlassung geben. 5) Als Hauptfaktor bei der Zerstörung der Markscheide fungirt das Eindringen wandernder Zellen in das Innere der Nervenfaser. Diese Zellen nehmen in ihr Protoplasma die Myelinkugeln auf, welche sie umbilden und zerstören. Allem Anscheine nach verlassen sie sodann, zum Theil mit ihrer Beute beladen, die Nervenfaser, während ein anderer Theil innerhalb derselben zerstört wird. 6) Die Einwanderung dieser Zellen erfolgt nicht bloss von der Schnittfläche des Nerven aus, sondern wahrscheinlich auch per diapedesin und vielleicht auch noch durch Oeffnungen der Schwann'schen Scheide; denn man beobachtet sie auch bei Ligaturen und bei der Einspritzung reizender Flüssigkeiten in den Nerven hinein, ohne Eröffnung der Schwann'schen Scheide; auch kann man sie auf bestimmten, durch gesunde Markscheide geschiedenen Strecken hervorrufen. 7) Wo diese Einwanderung stattfindet, da beobachtet man ausser der Zerstörung des Myelins auch noch die des Horn-Retikulum der Markscheide. 8) Die Entartung des Axencylinders besteht in vielfacher Zerstückelung desselben, welcher jedesmal eine Verdünnung an den Stellen, woselbst später die Kontinuitätstrennung zu Stande kommt, vorangeht. Viel seltener beobachtet man körnige Entartung und Vacuolenbildung im Axencylinder. 9) Einige aus der Querspaltung des Axencylinders hervorgegangene kleine Stückchen können von den in's Innere der Nervenfaser eingewanderten Zellen aufgenommen und zerstört werden. 10) Nach der Zerstörung der Markscheide und des Axencylinders erscheint die Nervenfaser geschrumpft, wegen Hypertrophie des Endoneuriums, welches mit seinen Längsfasern an die Schwann'sche Scheide stösst, während innerhalb dieser letzteren zahlreiche zu einer oder vielen Reihen angeordnete längliche Kerne beob-

achtet werden. 11) Bei Durchschneidungen und anderen künstlichen Reizen der Nerven konnte ich, wie Ranvier, einer äusserst regen Wucherung der Kerne der Nervenfaser, nebst Vermehrung des sie umgebenden Protoplasmas, beiwohnen; ferner sah ich, dass die Wucherung, ausser auf gewöhnlichem Wege, auch noch häufig in der Weise zu Stande kommt, dass der Kern durch quere Theilungslinien in zwei, drei oder mehr Stücke zerfällt". —

Morton veröffentlicht im Ophth. Hosp. Rep. IX. 1. zwei Fälle von Pannus, behandelt mit Einimpfung von Blennorrhoe. Bei einem 33jährigen Manne, welcher an linksseitiger Conjunctivitis granulosa mit Pannus litt, traten jedes Mal, nachdem durch die gewöhnliche Behandlung eine Besserung erzielt worden war, Recidiven auf. Bowman machte darum die Peritomie, bei welcher eine Bindehautzone von mindestens 3 Linien Breite rings um die Hornhaut entfernt wurde. Doch auch diese brachte nur geringen Effekt hervor. Nun wurde das rechte Auge mit einem verlässlichen Schlussverbande versehen und in das linke Eiter aus dem Auge eines vierwöchentlichen Kindes eingeimpft, welches auf dem Wege der Genesung von Ophthalmia recens natorum war. Die Impfung hatte Erfolg. Die eingeleitete eiterige Bindehautentzündung wurde nur durch Reinigung mit lauem Wasser behandelt. Sechs Wochen nach der Impfung hatte die Eiterung aufgehört. Vor der Impfung konnte der Kranke seine Finger nicht zählen, nach derselben las er Jäger 20 auf 6 Zoll. Nach weiteren vier Monaten las er J. 4 auf 8 Zoll. — Bei einem 20jährigen jungen Manne, der seit 12 Jahren an granulöser Bindehaut-Entzündung erkrankt war, bestand vollständiger Pannus beider Hornhäute. Er war kaum im Stande, Finger zu zählen. Critchett impfte in beide Augen Eiter aus dem Auge eines von Ophthalmia recens natorum genesenden Kindes. Schon am zweiten Tage zeigte sich, dass die Impfung erfolgreich gewesen; die Behandlung der eingeleiteten Entzündung war die nämliche wie im obigen Falle. Nach vier Wochen hatte die Eiterung fast aufgehört; der Kranke zählte mit dem rechten Auge Finger auf 14, mit dem linken auf 6 Fuss. Nach weiteren vier Monaten las er linkerseits J. 4, rechterseits J. 1. —

Gelegentlich eines Vortrages des Prof. Weber über einen Fall von Conglutinatio orificii uteri externi — 40jährige Frau, bei welcher das untere Uterinsegment bis fast in den Scheidenausgang vorgewölbt wurde, enges Anliegen der Eihäute am Kopf, Blasensprengung, Skarifikation des Muttermundes, schliesslich „Abtrennung des Scheidentheils vom Cervix", Genesung — kam es in dem Verein deutscher Aerzte zu Prag zu einer Diskussion über diesen Gegenstand. Weber hält die Verklebung des äusseren Muttermundes für die Folge einer Entzündung der Eihäute; es seien dieselben in der Gegend des äusseren Muttermundes angewachsen und er bringt damit allerhand Schwangerschaftsbeschwerden derartiger Patientinnen in Verbindung. — Eppinger kommt auf seine Beobachtungen an nicht Schwangeren zurück. Hier vergrössern sich die Ovula Nabothi durch Wucherung des ihre Ausgänge umschliessenden Plattenepitels. Berühren sich dann die Follikel von verschiedenen Seiten, so kommt es unter Verschluss des Epitels zur Verwachsung und zum Verschlusse des äusseren Muttermundes. — Breisky nimmt letztere Erklärung ebensowenig wie die Weber'sche an; gegen letztere spricht der Umstand, dass eine Verklebung der Eihäute ja nur über dem inneren Muttermunde, also nicht dicht über dem äusseren, stattfinden kann. Er glaubt, dass eine wirkliche Verklebung nur für wenige Fälle erwiesen ist. Er führt die häufige Annahme derselben zurück auf das klinische Faktum der schweren Auffindbarkeit des Orificium externum. Es ist nach ihm eine angeborene oder erworbene Stenose das Primäre und das Wesentliche, während das Verklebtsein an sich dann von viel geringerer Bedeutung sei. — Der Weber'sche Fall ist jedenfalls keine reine Conglutinatio, da diese unter einem anderen Bilde verläuft; die Breisky'sche Erklärung jedoch dürfte wohl der Wahrheit am nächsten kommen. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 13.) —

Fremdkörper im Oesophagus bleiben nach B. v. Langenbeck am häufigsten an drei bestimmten Stellen der Speiseröhre stecken, im Schlundkopfe, an der Uebergangsstelle desselben in die Speiseröhre d. h. in der Höhe des Ringknorpels und dicht oberhalb der Kardia. Die erste Gruppe wird man am besten mit den Fingern

im Nothfalle mit Zangen oder hebelartigen Instrumenten zu entfernen suchen. In der Höhe des Ringknorpels stecken gebliebene voluminöse Fremdkörper bilden am Halse eine Hervorragung und können, falls sie weich sind, von aussen her so weit zerdrückt werden, bis sie nach abwärts gleiten. Findet sich aber keine Hervorragung, so muss der Sitz ermittelt werden und dies geschieht am besten mit einer Fischbeinsonde, welche an ihrem unteren Ende eine Kugel trägt, während das vielgebrauchte Schwammstäbchen ein sehr schlechtes Instrument ist. Nur absolut unschädliche Körper dürfen in den Magen gestossen, alle anderen müssen ausgezogen werden, wofür der v. Graefe'sche Münzenfänger ein äusserst geeignetes Instrument darstellt; doch kann es gelegentlich vorkommen, dass derselbe sich so am Fremdkörper verhackt, dass weder beide zusammen noch das Instrument allein ausgezogen werden kann. — Fremdkörper im Halstheile des Oesophagus, welche ihrer Beschaffenheit wegen nicht in den Magen gelangen dürfen, aber auch nicht ausgezogen werden können, erfordern die Oesophagotomie, welche bis zum Jahre 1872 nur 26 Male gemacht worden war, obwohl sie wohl häufiger indizirt gewesen sein mag. Langenbeck hat in den Jahren 1874 und 1877 die Operation zweimal ausgeführt, beide Male mit glücklichem Erfolge. In dem einen Falle handelte es sich um ein Knochenstück im Halstheile der Speiseröhre, welches mit der Sonde deutlich gefühlt, aber nicht herausbefördert werden konnte. Nach der Eröffnung war der Körper verschwunden, wahrscheinlich nach Aufhören des Krampfes in den Magen geglitten. In dem zweiten Falle war es ein künstliches Gebiss, welches dicht unterhalb des Ringknorpels stecken geblieben war. Hier war die Extraktion auch nach der Eröffnung der Speiseröhre noch sehr schwierig. (Berl. klin. Wochenschr. 1877 Nr. 51 u. 52.) —

Dr. H. Fasbender („Ueber Verletzung und Schutz des Dammes". Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. II S. 43) berichtet zunächst über das Verhalten des Frenulum bei den 300 unter seiner Leitung auf der Gebär-Abtheilung der Charité zu Berlin beobachteten Geburten, unter welchen gerade 150 Erst- und eben so viele Mehrgebärende sich befanden. Das Frenulum war bei 37.3 pCt. der Erst- und bei 36.6 pCt. der Mehrgebärenden erhalten. Die Frequenz der Dammrisse stieg mit dem Alter der Primiparen in rascher Progression. Die Durchschnittslänge des Dammes betrug bei denselben 3 Cm. gegenüber 2.6 Cm. bei Multiparen; je kürzer die Dämme, um so eher rissen sie ein; 53.8 pCt. bei einer Länge bis zu 2 Cm., 24.4 pCt. bei einer Dammlänge von mehr als 3 Cm. Der grössere Theil der Köpfe zeigte einen unter dem Durchschnittsmaasse befindlichen Kopfumfang. 66.6 pCt. der Kinder waren männlichen, 33.3 pCt. weiblichen Geschlechtes. Die Durchschnittslänge der Verletzung beziehungsweise der Narbe betrug am elften Tage noch 1.8 Cm. Von den 51 Rupturen waren zu dieser Zeit 22 vollkommen, 14 theilweise vertheilt, bei 15 befanden sich die Ränder in Granulation. Puerperalgeschwüre zeigten 56 pCt. der Erst- und 19.5 pCt. der Mehrgebärenden. — Zum Schutze des Dammes schiebt Fasbender, hinter der in linker Seitenlage befindlichen Kreissenden stehend, beim Einschneiden des Kopfes den Daumen der rechten Hand möglichst hoch in den Mastdarm, während Zeige- und Mittelfinger in der Schamspalte das Hinterhaupt umgreifen. Nachdem dann das Hinterhaupt herabgezogen und die Suboccipitalgegend zum Anstemmen gebracht worden ist — wofern dies nöthig erscheint —, wird während der Wehe der Kopf festgehalten. In der Wehenpause wird er, jetzt von der Bauchpresse unterstützt, mit dem Daumen und dessen Ballen vom Mastdarm und der hinteren Partie des Dammes aus mehr nach oben gedrückt. —

Die Eigenschaften des Harnes nach dem innerlichen Gebrauche von Rheum und Santonin hat Dr. Immanuel Munk im chemischen Laboratorium des pathologischen Institutes zu Berlin geprüft. Der Harn zeigt nach ihm sowohl nach Rheum-, wie nach Santonin-Gebrauch bei saurer Reaktion eine safrangelbe bis grünliche Farbe, meist auch eine deutliche grüne Randzone, analog einem ikterischen Urine; bei alkalischer Reaktion wird er in beiden Fällen roth, wobei eine allerhöchstens nur dem geübten Auge wahrnehmbare Farbennuancirung zwischen beiden vorkommt. Beide Harne sind demnach leicht zu verwechseln und Verfasser stellte sich nun die Aufgabe, ihre Eigenschaften genauer zu studiren, um Unterschiede zu finden, welche

eine Diagnose derselben ermöglichen. Er selbst nahm mehrmals 0.5 — 1.0 Pulv. rad. Rhei und fand, dass die Eliminirung des Rheumpigmentes, der Chrysophansäure, durch den Harn bereits nach 25 Minuten beginnt, nach einer bis zwei Stunden am stärksten und nach 11 — 14 Stunden wieder beendigt ist. Man kann das Pigment zur Ausfällung bringen, wenn man dem Harn Aetzbarytlösung bis zu deutlich alkalischer Reaktion zusetzt; es wird dann von dem entstehenden Niederschlage von Phosphaten mechanisch mit niedergerissen (das Filtrat ist rein gelb und wird durch Ammoniak nicht verändert). Nach Einführung von 1.0 des gepulverten Samens des Santonin erschien dessen Farbstoff im Urine nach 15—30 Minuten, seine Ausscheidung stand nach einer Stunde bereits auf voller Höhe und erreichte nach 32—37 Stunden ihr Ende. Santonin wird, wie Munk's Versuche ergaben, im Organismus wohl zum grössten Theile verändert, aber nicht in eine der Chrysophansäure ähnliche Substanz umgewandelt. Als zur Diagnose praktisch verwerthbare Unterschiede des Harns nach Rheum- und Santonin-Gebrauch zeigten sich die folgenden: 1) Die Röthung des Rheumharnes durch Alkalien ist beständig, während die des Santoninharnes innerhalb 24 — 48 Stunden verschwindet und nur bei der mit Natronlauge versetzten Probe häufig bis zu drei Tagen und darüber besteht. 2) Kohlensaures Natron und Ammoniak erzeugen im Rheumharne prompte Röthung, während im Santoninharne nur langsam und allmählig die Farbenreaktion auftritt. 3) Die durch Alkalien erzeugte Rothfärbung des Rheumharnes verschwindet unter der Einwirkung von Wasserstoff in statu nascendi, also reduzirender Mittel (Zinkstaub, Natrium-Amalgam), dagegen ist die Röthe des alkalischen Santoninharnes gegen Reduktion resistent. Diese charakteristische Probe ist leicht auszuführen ebenso wie die ad 4) Barytwasser und Kalkmilch (im Ueberschusse) fällen im Rheumharne die Chrysophansäure mit dem Niederschlage aus, dessen rothe Farbe durch Auswaschen nicht entfernt wird, im Santoninharne dagegen bleibt das Pigment in Lösung, welche ihrerseits eine rothe Färbung annimmt. (Virchow's Arch., Bd. 72, 1878.) —

In einer Arbeit über das Erythema exsudativum multiforme schliesst sich Prof. Vincenzo Tanturri — auf 19 Beobachtungen gestützt — fast vollständig den Ansichten Hebra's über diese Krankheitsform an und stimmt nur insoferne nicht mit diesem Letzteren überein, als er dessen Behauptung, dass das Erythema multiforme stets Hand- und Fuss-Rücken befalle, zurückweist, da es viele Fälle gäbe, in welchen sich das Exanthem auf Gesicht, Hals und Vorderarmrücken beschränke, ohne auf Hand- und Fuss-Rücken überzugreifen. Diese Behauptung Tanturri's wird durch die von ihm mitgetheilten Krankheitsgeschichten bestätigt. — Was die Recidive betreffe, so sind davon in der Literatur nur wenige Fälle verzeichnet, d. h. solche Recidive, die nicht einen Typus annuus beobachten. Unter den mitgetheilten Fällen befindet sich einer, ein Weib betreffend, welche im Laufe eines Jahres vier Mal von dem Leiden befallen wurde. Die Dauer des Exanthemes schwankt zwischen 2—4 Wochen, kann sich jedoch auch bis auf elf Monate erstrecken. Es gibt Fälle mit und ohne Fieber; bei ersteren kann die Temperatur die Höhe von 40.6° erreichen. Gelenkschmerzen sind oft vorhanden, nicht minder heftige Schweisse. — In Beziehung zur Aetiologie tritt Verf. der Ansicht, dass das Exanthem in Anbetracht gewisser Aehnlichkeiten mit Peliosis in Beziehung zum Rheumatismus stehe, entgegen, ebenso der Annahme einer vasomotorischen Neurose; durch äusserliche Mittel könne man ein Erythema multiforme nicht hervorrufen. Auch die Schleimhäute können ergriffen werden, auch können die Flecken hämorrhagischer Natur sein. Das Exanthem tritt symmetrisch auf. Es bietet verschiedene Modifikationen in seinen Charakteren. Wie bei allen akuten Krankheiten, so ist auch hier eine Steigerung in Form, Verlauf, Lokalisation, Dauer und mehr oder weniger starken allgemeinen Erscheinungen zu konstatiren, daher leichte und schwere Fälle. (Il Morgagni, 1878.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 17.

Erlangen, am 27. April 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Die Echinokokkuskysten der Nieren und des perirenalen Bindegewebes. Gegen die Annahme, dass gekochter Harn nicht in ammoniakalische Gährung übergehe. Resultate aus Beobachtungen von hemiopischer Sehfeldbeschränkung. Neue einfache Operationsmethode bei Kehlkopfpolypen. Indikationen für operative Behandlung von Effusionen in den Pleurahöhlen. Zur Mortalitätsstatistik der Pleuritis. Resultate aus Untersuchungen an entzündeten Gehirnrindenoberflächen. Die Ausscheidungsorgane der in den Verdauungsapparat gelangenden Stoffe. Ursprung der Blutergüsse im Glaskörper.

G. Simon veröffentlicht (bei H. Braun in Stuttgart, 1877) eine Monographie über die Echinokokkuskysten der Nieren und des perirenalen Bindegewebes, welcher wir das Nachfolgende entnehmen. Die Nieren-Echinokokken sind seltener als diejenigen anderer Organe der Unterleibshöhle und mit sehr seltenen Ausnahmen nur einseitig vorhanden. Sie entstehen meist in der Rindensubstanz, seltener in den Pyramiden, wachsen zu Anfang mehr nach dem Nierenbecken zu, dehnen sich aber später gegen die Bauchhöhle hin aus, wo das Peritoneum ihnen geringeren Widerstand leistet als die starken Rückenmuscien. Nicht selten enthalten die Blasen Harnbestandtheile, Harngries und kleine Harnsteinchen. Sogar Krystalle der unlöslichen phosphorsauren Ammoniak-Magnesia wurden in unverletzten Blasen gefunden, indem nach Heckett Harnstoff und phosphorsaure Magnesia durch Endosmose in die Blase gelangen und dann erst nach Zersetzung des Harnstoffes phosphorsaure Ammoniak-Magnesia gebildet wird. Kysten des perirenalen Bindegewebes enthalten keine urinösen Bestandtheile. Gewöhnlich schieben die Kysten der Niere und ihrer Umgebung das Peritoneum mit dem aufsteigenden oder absteigenden Kolon vor sich her; doch kann es auch geschehen, dass die Niere beweglich wird und dann bleibt das Kolon an normaler Stelle liegen. — Was den Verlauf der Nieren-Echinokokken betrifft, so ist ein so bedeutendes Wachsthum, dass sie durch Druck auf Nachbarorgane Marasmus und Tod herbeiführen, sehr ungewöhnlich, noch seltener ein Stationärbleiben der Kyste und spontane Heilung. Sehr gewöhnlich brechen sie nach benachbarten Höhlen und Organen durch, bei weitem am häufigsten, nämlich in 75 pCt. aller Fälle, in das Nierenbecken, und zwar sowohl nach vorhergegangener Entzündung und Eiterung wie ohne dieselbe. Nach diesem Durchbruche kann völlige Heilung erfolgen, indem die Blasen allmählig vollständig mit dem Urine entleert werden; meistens aber wiederholen sich die Perforationen und der Kranke erliegt schliesslich seinem Leiden. Ausser in das Nierenbecken perforiren die Blasen auch in die Lungen, den Darm und durch die Bauchwand, immer nur nach vorausgegangener Eiterung. Unter den Symptomen steht gewöhnlich das Auftreten einer fluktuirenden Geschwulst in der Nierengegend in erster Linie, wobei der Urin ganz unverändert sein kann, selten Blut- und Eiter-Körperchen enthält. Der Durchbruch macht, je nach der Richtung, in welcher er erfolgt, sehr verschiedene Symptome. Der Durchbruch in's Nierenbecken erfolgt zuweilen noch vor dem Eintritte einer wahrnehmbaren Geschwulst und ist immer mit heftigen Nierenkoliken, nach dem Eintritte der Echinokokken in die Harnblase mit Blasenkatarrh, Harnverhaltung u. dgl. verknüpft. Wohin aber auch der Durchbruch erfolgen mag, erst durch das Auftreten von Membranen und urinösem Eiter an der Mündung der betroffenen Organe, zu-

sammengehalten mit der palpablen Verkleinerung der Geschwulst der Nierengegend, wird die Diagnose völlig gesichert. Geschlossene Echinokokkus-Kysten dagegen können mit Kysten der Leber, der Milz und der Ovarien, ferner mit anderen Kysten der Niere, besonders mit Hydronephrose, verwechselt werden. — Die Sicherung der Diagnose ist hier sehr wichtig, weil die genannten Leiden zum Theile ganz andere operative Eingriffe erfordern; doch wird dieselbe in den meisten Fällen durch Mastdarmpalpation und Probepunktion geschehen können, durch letztere — wenn es sein kann — von hinten her. — Die Prognose der Nieren-Echinokokken ist bisher stets für günstiger gehalten worden als es geschehen darf, wenngleich der Durchbruch in's Nierenbecken gelegentlich zur Heilung führt. Dagegen hat man die Gefahren der operativen Behandlung überschätzt, welche bei richtiger Wahl der Methode ziemlich gering sein dürften. — Zur Behandlung dienen medikamentöse Mittel und operative Eingriffe. Erstere sind ganz unsicher; es können daher nur letztere in Betracht kommen. Die operativen Eingriffe bei Nieren-Echinokokken fallen mit denen anderer Unterleibsorgane zusammen. Sie können in dreierlei Weise in Frage kommen. Entweder man tödtet die Parasiten und bringt so die Kyste zur Schrumpfung, oder man entfernt die ganzen Parasiten, oder man exstirpirt auch den fibrösen Sack. Unter der ersten Gruppe operativer Eingriffe sind zu nennen die Elektrolyse, mit welcher zahlreiche Heilungen erzielt wurden, und die bei weitem gefährlichere Punktion ohne Liegenlassen der Kanüle. Besonders gefährlich ist die einfache Punktion mit dem gewöhnlichen Trokar, weil dabei sehr leicht Scolices oder Membranfetzen in die Bauchhöhle gelangen, während die Kapillarpunktion mit oder ohne Aspiration weniger Gefahren bietet. Sehr gefährlich ist auch die Punktion mit Jodinjektion. Wenn demnach Elektrolyse und Kapillarpunktion wenig gefährlich sind, so bieten sie doch keine Sicherheit gegen Recidive, z. B. bei Kysten mit rigiden und inkrustirten Wandungen. Der zweite Weg der Radikalheilung besteht in der offenen Kystenbehandlung, und zwar kommen hier vier Verfahren in Betracht: Die Punktion mit Liegenlassen der Kanüle, die Durchätzung der Bauchwand, die einfache Inzision und die Inzision innerhalb künstlich hergestellter Verwachsungen. Das erste Verfahren ist gefährlich, da die Membranen häufig die Kanüle verstopfen und Eiterverhaltungen entstehen. Das zweite ist sehr schmerzhaft, langwierig und von allerlei sonstigen Nachtheilen begleitet. Die einfache Inzision kann bei Nieren-Echinokokken, die sich nach hinten verwölbten, in Frage kommen, da die Bauchhöhle dabei nicht eröffnet wird, ebenso die Eiterung im Sacke, welche bereits zur Anlöthung des Sackes an die Bauchwand geführt hat. Für die meisten Fälle passt aber nur die Inzision innerhalb künstlich hergestellter Verwachsungen. Ein Trokar wird in die Kyste eingestossen und nachdem durch Untersuchung der ablaufenden Flüssigkeit die Diagnose gesichert ist, sticht man drei bis vier weitere Trokar's ein, welche zusammen die Form eines Kreuzes bilden. Die Kanülen werden mit Wachs verstopft und täglich etwas Flüssigkeit abgelassen. Tritt hohes Fieber ein oder läuft Flüssigkeit neben der Kanüle aus, so wird innerhalb der am weitesten entfernten Stichstellen inzidirt, die Echinokokkus-Membranen entfernt, für freien Abfluss gesorgt und die Höhle täglich ausgespült, bis sie völlig geschrumpft ist. Von der antiseptischen Behandlung glaubt Simon in solchen Fällen keine Vortheile erwarten zu dürfen. — Was endlich das dritte Hauptverfahren, die Exstirpation des ganzen fibrösen Sackes, anbetrifft, so ist dieselbe nur möglich mit gleichzeitiger Wegnahme der ganzen Niere. Diese ist aber zu verwerfen, weil sowohl die Operation von vorne als von der Lumbalgegend aus nicht ohne Verletzung des Bauchfelles möglich sein dürfte. Die Indikationen für operatives Eingreifen fasst Verf. dahin zusammen, dass er für kleinere Kysten zunächst die Elektrolyse empfiehlt und erst, wenn diese im Stiche lässt oder wenn die Blase bereits eine bedeutende Grösse erreicht hat, die Inzision nach mehrfacher Punktion. Drängt sich ein Nieren-Echinokokkus stark nach hinten vor, so kann man auch die Inzision ohne Vorbereitungen machen. —

Gegen den von Pasteur geführten Nachweis, dass gekochter Harn *nicht* in ammoniakalische Gährung übergeht, wendet Béchamp ein, dass durch das Kochen die im Harne präexistirenden Mikrozymen, Fremy, dass dadurch die in thierischen Flüssigkeiten vorhandene „halborganisirte Substanz“ zerstört werde, eine Zersetzung also nach dem Kochen keinesfalls erwartet

rerden könne. Um diese Einwände zu wider-
:gen, nahmen P. Cazenave und Ch. Li-
on die mit Harn gefüllte Blase, durch Liga-
ıren geschlossen, von eben getödteten Hun-
en und hingen sie frei auf. Die Blase ver-
:ocknete auf ihrer Oberfläche und nahm
ortdauernd an Gewicht ab. Der nach einigen
'agen aus der Blase entleerte Harn war
auer und frei von Organismen. Nach den
ınnahmen von Béchamp und Frémy hät-
:n unter diesen Umständen nach dem Auf-
ören des Gesammtlebens die Mikrozymen,
eziehungsweise die halborganisirte Substanz,
'eies Feld für ihre Thätigkeit gehabt und
och trat eine Zersetzung des Harnes nicht
in. Als eine mit Harn gefüllte Blase sich
elbst überlassen wurde, krystallisirte der
larnstoff darin aus. Der Erfolg blieb der-
elbe, wenn die Hunde vorher kohlensaures
latron resp. essigsaures Kali erhalten hatten,
m den Harn alkalisch zu machen, und als
ie in Folge von Verletzung des Bodens des
ierten Ventrikels alkalischen und eiweiss-
altigen Harn absonderten. Dagegen wurde
er Harn in einer dieser letzteren Blasen
lkalisch, als die Blase an den beiden Ligatur-
iden horizontal aufgehängt und mittelst ein
'aar Meissel ein Fenster auf der oberen
Seite angelegt wurde. Schon nach zwölf
Stunden zeigte sich Fäulnissgeruch und eine
ınsehnliche Menge von Vibrionen. Die fau-
ende Blase lässt allmählig Harn hindurch-
reten, während durch die frische nur Wasser
ustritt und der Harn sich einfach konzen-
rirt. Endlich schliessen die Verfasser noch
en Einwand aus, dass die Vibrionen zu ihrer
Entwicklung Sauerstoff brauchen und dieser
m Inneren der Blase fehle. Zu dem Zwecke
etzten sie eine mit Harn gefüllte Blase einige
Stunden der Laboratorium-Luft aus und
auchten sie alsdann in geschmolzenes Paraffin
on 45°. Beim Herausziehen der Blase blieb
uf derselben ein Ueberzug von Paraffin,
inige Millimeter dick. Nach 24 Stunden
urde die Paraffinschichte abgestreift, im
nneren dieses Paraffinsackes befand sich eine
rübe alkalische Flüssigkeit von deutlichem
'äulnissgeruche, welche nach der mikrosko-
ischen Untersuchung Torulaceen, Vibrionen
nd Bakterien in grosser Menge enthielt.
)ieser Erfolg blieb aus, als die frisch dem
Thier entnommene Blase zuerst in Paraffin
on 110° getaucht wurde, dadurch also die
uf der Oberfläche der Blase befindlichen
Keime zerstört wurden. Dieselbe Blase zeigte
ann die beschriebenen Fäulnisserscheinungen, als sie von der Paraffinschichte befreit auf's Neue einige Zeit der Luft ausgesetzt und dann wiederum in Paraffin von 45° getaucht wurde. — Aus allen diesen Versuchen schliessen die Verfasser in Uebereinstimmung mit Pasteur, dass eine spontane Entwicklung von Bakterien im Harne nicht vorkommt und dass Harn sich unverändert hält, wenn man ihn vor den in der Luft enthaltenen Keimen schützt. (Revue mensuelle de Méd. et de Chir., 1877.)

Dr. F. Plenk zu Innsbruck unterwirft eine grosse Anzahl der bisher bekannt gemachten Beobachtungen von hemiopischer Sehfeldbeschränkung einer eingehenden Kritik. Er fordert zur Vorsicht in der Diagnose solcher Hemiopieen auf; es kommen bei Affektionen der Netzhaut und der Aderhaut Sehfeldbeschränkungen vor, welche der Form nach den Hemiopieen aus cerebraler Ursache täuschend ähnlich sehen. Tritt nun zufällig zu solchen intraokularen Leiden irgend ein Symptom hinzu, welches auf eine intrakranielle Störung hinweist, so wird die Täuschung vollständig. — Betreffs der Frage, ob die bisher beobachteten cerebralen Hemiopieen eine Semidekussation oder eine vollständige Kreuzung der Sehnerven wahrscheinlicher machen, kommt Plenk zu den folgenden Schlüssen: 1) Die temporale Hemiopie (bei welcher die nasalen Hälften beider Netzhäute gelähmt sind, für jedes Auge also die nach der Schläfenseite gelegene Hälfte im Sehfelde ausfällt) bleibt gleich gut bei halber oder ganzer Kreuzung verständlich. 2) Bei der bilateralen Hemiopie nach oben (bei welcher die unteren Hälften beider Netzhäute gelähmt sind) verhält es sich ebenso. 3) Die nasale Hemiopie, bei welcher die äusseren Netzhauthälften gelähmt sind, wird nicht bedingt von einem Drucke auf den hinteren Chiasmawinkel an und für sich, sondern durch eine Neuroretinitis und Stauungspapille, welche von einem cerebralen Leiden (Tumor) abhängig sein kann. In den bekannt gewordenen Fällen konnte innerhalb der Schädelhöhle ein direkter Druck auf das Chiasma von rückwärts nicht nachgewiesen werden, auch ging die Hemiopie binnen kurzer Zeit in totale Amaurose über. 4) Die gleichzeitige oder bilaterale Hemiopie ist entweder linksseitig oder rechtsseitig. Sie macht besonders unter Berücksichtigung der übrigen vom Gehirne abhängigen Lähmungserscheinungen die Total-

kreuzung sehr unwahrscheinlich. Unter Annahme einer partiellen Kreuzung werden die Erscheinungen verständlich, da das ursächliche Moment laut der Sektionsergebnisse vom Traktus bis zum Vier- und Sehhügel lokalisirt sein kann. — Referent erwähnt hierbei, dass Prof. Gudden im Anschlusse an seine frühere Untersuchung den Nachweis einer unvollständigen Kreuzung für das Gehirn des Hundes auf experimentellem Wege geliefert hat. Wenn man bei einem jungen Hunde gleich nach der Geburt den einen Sehnerven zerstört, lässt sich später an dem atrophisch gewordenen Traktus der Beweis liefern, dass hinter dem Chiasma die Atrophie zum Theile auch auf die andere Seite übergeht. Uebrigens müsste ein Querschnitt durch die Mitte des Chiasma bei den höheren Säugethieren und beim Menschen der Summe der Querschnitte beider Tractus optici ungefähr gleich sein, wenn wirklich eine totale Kreuzung stattfände. (Arch. f. Augen- u. Ohrenheilkunde, V. 1.)

Ueber eine neue und einfache Methode der Operation von Kehlkopf-Polypen berichtete Prof. Dr. Voltolini zu Breslau in der 5. Sitzung des internationalen medizinischen Kongresses zu Genf im J. 1877. „Es ist allen Aerzten bekannt, dass es Fälle von Kehlkopf-Polypen gibt, welche leicht zu operiren sind, manchmal schon in einer Sitzung. Es gibt aber auch sehr schwere Fälle, in welchen man Wochen und Monate zur Operation braucht. Es ist ferner Jedem einleuchtend, dass — nach den bisherigen Methoden — die kleinsten Polypen am schwersten zu operiren sind. Es mögen nun aber leichte oder schwere Fälle sein, so war ihre Operation bisher doch nur Eigenthum der Spezialisten. Ich habe nun in neuester Zeit eine Methode gefunden, welche folgende Vortheile darbietet: 1) Die für andere Operationsmethoden schwierigsten Fälle sind für meine Methode gerade die leichtesten, z. B. die kleinen Polypen. 2) Die Operation kann sofort ohne alle Vorbereitungen mit Erfolg vorgenommen werden. 3) Nur in schwierigen Fällen muss die Operation ein Spezialist ausführen, in leichteren Fällen kann sie jeder Arzt verrichten. 4) Schwierig sind bei dieser Methode nur jene Fälle zu nennen, bei welchen man den Kehlkopfspiegel nöthig hat. In den leichteren Fällen kann man ohne Spiegel die Operation ausführen. 5) Es ist hierbei ganz gleichgiltig, ob der Polyp über, oder auf oder unter den Stimmbändern sitzt. Meine Operations-Methode besteht darin, dass ich mittelst eines gewöhnlichen Schwammes blindlings, d. h. ohne mich weder nach Sitz und Grösse des Polypen zu richten, in den Kehlkopf eingehe und den Schwamm, welcher an einem etwas biegsamen Drahte gut befestigt ist, in demselben hin und her ziehe. Man kann den Schwamm vorher im Wasser erweichen oder ihn auch trocken lassen bei festeren Polypen. Der Vorgang ist hierbei folgender: Sowie der Schwamm in den Kehlkopf gelangt, schliesst sich dieser. Jetzt muss man ruhig in demselben warten, bis er sich für die Inspiration wieder öffnet; diesen Moment benutzt man, den Schwamm weiter abwärts durch die Stimmritze zu führen und nun denselben hin und her zu ziehen. Sitzt der Polyp über den Stimmbändern, dann hat man nicht nöthig zu warten, sondern dreht den Schwamm sofort, wenn man in den Kehlkopf gelangt ist, nach verschiedenen Seiten herum. — In schwierigen Fällen hat man den Spiegel nöthig, um den Schwamm in den Larynx zu bringen, in leichteren ist das nicht erforderlich, da man nach einer von mir schon vor langer Zeit angegebenen Methode den Kehldeckel auch ohne Spiegel zur Anschauung bringen kann, wenn man die Zunge des Patienten aus dem Munde zieht und zugleich die Wurzel derselben mit einem knieförmigen Spatel niederdrückt. Sowie der Kehldeckel zum Vorschein kommt, legt man den Schwamm an die hintere Fläche desselben an und gleitet in den Kehlkopf. — Ich hatte diese meine Methode anfangs nur für weiche Polypen empfohlen, die durch den Schwamm einfach abgerissen werden. Vor Kurzem habe ich sie aber auch mit überraschendem Erfolge bei festen Polypen angewendet. Diese werden jedoch nicht durch den Schwamm abgerissen, sondern mortifizirt und fallen dann von selbst ab. Man führt bei solchen Polypen den Schwamm wie gewöhnlich ein und wischt den Kehlkopf aus; nun pausirt man mehrere Tage und wiederholt die Arbeit, bis der Polyp, der hierbei livide wird, abfällt. Ich habe vor Kurzem auf diese Weise einen Polypen von der Grösse einer Bohne operirt, welcher fest auf dem freien Rande des linken Stimmbandes sass. Ein geübter Spezialist hatte bereits vierzehn Wochen lang täglich den Kranken eingeübt, ohne irgend etwas erzielt zu haben. Der Fall war sehr schwer wegen ausserordentlicher Enge des Kehlkopfes, da die Epiglottis bereits an der Zungenwurzel anlag

und nicht mehr nach vorne gezogen werden konnte; man konnte nur flüchtig den Polypen erblicken. Nach der sechsten Sitzung fiel derselbe in Folge der Schwamm-Operation radikal ab. (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1878, Nr. 3.) —

In einer Probevorlesung zur Erlangung des Doktorgrades behandelt E. Bull die Indikationen für die operative Behandlung von Effusionen in den Pleurahöhlen. Er unterscheidet hierbei eine Indicatio vitalis, eine I. morbi und eine I. palliativa. Vitalindikation für einen operativen Eingriff ist nach ihm gegeben auf der einen Seite: 1) durch Zeichen von bedeutenden Kreislaufsstörungen, wie sie sich einstellen können bei mehr oder weniger vollständiger Anfüllung eines Pleurasackes, besonders des linken, mit Verdrängung der Nachbarorgane, zumal des Herzens und der grossen Gefässstämme. Klinisch kennzeichnet sich dieser Zustand durch unregelmässige, tumultuarische, schwache Herzaktion, kleinen, irregulären und intermittirenden Puls, livide Cyanose von Wangen und Lippen, Oppression; — auf der anderen Seite: 2) durch Zeichen von beginnender Lungen-Insufficienz, wie sie sich einstellen kann bei grösseren oder kleineren Pleuraexsudaten, je nachdem ungünstige Momente, Fieber, stechende Schmerzen, komplizirende Krankheiten, rasches Auftreten des Exsudates oder individuelle Prädisposition zugegen sind; klinisch ist dieser Zustand kenntlich durch bedeutende Athemnoth, Cyanose und Schleimrasseln. Diese beiden sub 1 und 2 angegebenen Faktoren können natürlich zusammenwirken. Die spezielle Beschaffenheit des Exsudates ist bei der Vintalindikation ganz gleichgiltig, ob man nun eine primäre oder sekundäre Pleuritis, ein seröses oder purulentes Exsudat oder ein hydropisches Transsudat vor sich hat. In der Regel wird unter diesen Umständen die Punktion vorgenommen; ist die Lebensgefahr aber keine äusserst drohende, so kann man die Operationsmethode von der Natur des Exsudates abhängig machen. Bestimmend für die Wahl der Operationsmethode ist diese dann, wenn man kurativ gegen die Krankheit vorgehen will: Indicatio morbi. Die Probepunktion mit der Pravaz'schen Spritze hält Bull für unumgänglich nöthig zur Diagnose der Exsudat-Beschaffenheit und zu dem darauf zu gründenden Operations-Verfahren. Die Frage, ob ein seröses Pleuraexsudat eine operative Behandlung indizire, beantwortet er unbedingt bejahend, besonders im Hinblicke auf bleibende Deformitäten des Thorax, auf unvollständige Wiederausdehnung der Lungen und drohende Nachkrankheiten etc., welche auftreten können, wenn das Exsudat der Resorption überlassen bleibt. Dennoch lässt er die Frage, ob eine seröse Pleuritis, wenn sie operativ behandelt wird, rascher zur Heilung gelange als wenn medikamentös vorgegangen wird, noch offen. Auf Ausschluss der Luft, selbst bei Punktion, legt er gleichwie Trousseau, Montard, Martin, Gosselin und Tost kein grosses Gewicht, vernachlässigt ihn aber doch nicht. — Bei sekundären Pleuritiden (bei vorgeschrittener Tuberkulose, krebsigen Neubildungen und anderen kachektischen Zuständen) soll die Punktion nur dann vorgenommen werden, wenn schwere Leiden dadurch gemildert oder das Leben verlängert werden kann. Das Gleiche gilt auch vom Hydrothorax. Bei seröser Pleuritis findet Bull die Indikation zur Thorakocentese: 1) wenn das Exsudat rasch steigt, so dass die Pleurahöhle sich anfüllt und Nachbarorgane verschoben wurden, abgesehen davon, ob Fieber oder andere Entzündungssymptome vorhanden sind oder nicht; 2) wenn das Exsudat verhältnissmässig gross ist und längere Zeit (6 bis 8 Wochen und darüber) bestanden hat, ohne unter der gewöhnlichen medikamentösen Behandlung zurückzugehen. Auch hier bildet Temperatursteigerung keine Gegenanzeige. — Ist die Rede von einer Behandlung des Empyems, so fragt sich zuerst, kann ein solches resorbirt werden? Die Möglichkeit liegt bestimmt vor, doch ist das Empyem, sich selbst überlassen, meist tödtlich (in Folge von pyämischem Fieber, von Asphyxie, Herzlähmung, Tuberkulose), selbst bei spontanem Durchbruche nach aussen (Marasmus, Amyloiddegeneration, Tuberkulose). Die beste Prognose in Fällen von nichtoperirtem Empyem gibt noch die Perforation in die Lungen. Als Regel muss man es aber ansehen, dass das Empyem, sich selbst überlassen oder medikamentös behandelt, eine tödtliche Krankheit sei, wie es auch in der Regel die Inzision mit antiseptischer Nachbehandlung erfordert. Dies gilt auch für sekundäre Empyeme (pyämische, puerperale Empyeme, purulente Pleuritis bei Phthisikern), in welchen Fällen man die Inzision öfter vornehmen sollte als bisher geschehen ist. — Bei doppelseitigem Empyeme soll man die Inzision auf

der meist angegriffenen Seite ausführen und wo möglich die andere nicht anrühren, bis die befreite Lunge wieder zu funktioniren begonnen hat. Abgekapselte Eiterdepots sind besonders zu inzidiren. Ein Empyema necessitatis muss baldigst durch ergibige Inzision weiter eröffnet werden. Reicht die Perforation in die Lunge nicht aus, das Exsudat in der Pleura zu entfernen, und tritt Zersetzung desselben mit drohenden Erscheinungen auf, so ist auch hier die Inzision nothwendig. — Hämatothorax (durch Trauma, durch Aneurysmen, durch kankröse Ulzerationen) ist expektativ zu behandeln, wenn nicht Haemato-Pyo-Pneumothorax entsteht, worauf natürlich die Inzision vorgenommen werden muss. Bei hämorrhagischer Pleuritis soll ein operativer Eingriff nur von der Indicatio vitalis abhängig gemacht werden. Ueber die operative Behandlung des Pneumothorax resp. Pyopneumothorax gelten fast die gleichen Regeln wie für das Empyem. — — Zur Stütze der hier entwickelten Gesichtspunkte und Erfahrungen verwerthet **Bull** in einer zweiten Abhandlung (Kasuistische Mittheilungen über Empyem-Operationen) ein relativ reiches Material. Er führt im Ganzen 30 Fälle an, 24 von ihm selbst beobachtete (u. z. während einer Art von Epidemie zu Christiania) und 6 ihm von Anderen mitgetheilte. Darunter waren 18 Männer und 12 Frauen. Das Alter schwankte von $3^1/_2$ bis 40—50 Jahren; die Meisten standen zwischen 20 und 30 Jahren. Davon wurden 13 oder so ziemlich die Hälfte geheilt, nämlich 7 Männer und 6 Frauen. Bei drei Kranken blieb der Ausgang unbekannt, doch dürfte man ihn als günstig annehmen; sechs behielten eine offene Fistel, von welchen eine jedoch wahrscheinlich noch völlig verheilen wird, während zwei andere tuberkulös sind und im vierten Falle seit der Operation schon 14 Monate verflossen sind, so dass zu befürchten steht, die Fistel werde permanent bleiben. Acht Patienten sind gestorben, von welchen einer ein Jahr nach der Operation an älterer Amyloiddegeneration der Nieren, einer nach zwei Monaten an chronischer Pneumonie mit Perikarditis, einer nach fünf Wochen an Tuberkulose und Septikämie, einer nach zehn Tagen nach der Operation an zahlreichen abgekapselten Eiterherden und einer am neunten Tage an tuberkulöser Meningitis. Der sechste Patient starb sechs Tage nach der Operation und zeigte eine doppelseitige Pleuritis sowie eine ältere Pneumonie. Der siebente Fall zeichnete sich durch seine Bösartigkeit aus; der Patient starb nach wenigtägiger Erkrankung einen Tag nach der Operation; der achte endlich starb gleichfalls am Tage darauf an Lungenödem. — Bull's Operationsverfahren weicht nur wenig von dem gebräuchlichen ab. Die Inzision macht er bei Seitenlage in der Axillarlinie, gewöhnlich im 5. — 6. Interkostalraume. Auf die Blutstillung in der Wunde, welche möglichst wenig geschnitten, sondern mehr gebohrt werden soll, legt er Gewicht; zwei Mal sah er beträchtliche Blutungen aus ihr entstehen. Täglich erfolgt zweimalige Ausspülung der Pleurahöhle mit Karbolwasser von 0.5 bis 1.0 pCt. (bei putridem Exsudate). Ein elastischer Katheter hält die Fistel offen. Zum äusseren Verbande wird Werg benützt. (Centralblatt f. Chir., 1878, Nr. 23.) —

Dr. W. Fox verglich eine grosse Anzahl von **Pleuritiden** auf Grundlage von statistischen Daten, um die **relative Mortalität der mit und ohne Parakentese behandelten Pleuritiden** zu zeigen. Die statistischen Angaben sind den grossen Spitälern von Wien, Prag, Paris, London, Manchester und Berlin entnommen. Die erste Tafel zeigt die Prozent-Sterblichkeit aller derjenigen Fälle von Pleuritis, welche ohne Parakentese behandelt wurden, und umfasst einen Zeitraum von 32 Jahren. Die durchschnittliche Gesammtmortalität beträgt 10—17 pCt., obwohl sie in manchen Fällen und in manchen Anstalten 6—7 pCt. zeigt und im Wiener Kinderspital nur 1.6 pCt. — **Fox** gibt zu, dass diese Sterblichkeitsziffer höher ist als er zu finden hoffte, und dass dieselbe mit den Angaben von **Louis, Walshe** und **Gairdner**, nach welchen die unkomplizirte Pleuritis selten tödtlich endet, im Widerspruche steht; er stellt eine zweite Tafel auf, in welcher er die Sterblichkeit der komplizirten und unkomplizirten Pleuritiden mit einander vergleicht: dieselbe beträgt in den ersteren Fällen nur 6 pCt. und in den unkomplizirten Fällen betrachtet er **Ewald's** Durchschnittszahl von 2.2—2.7 pCt. als äusserste Grenze. *Verfasser* geht dann über zur Betrachtung der Fälle mit Parakentese und findet die Durchschnittssterblichkeit nach der Operation mit 27 pCt. Dieselbe fällt nur bei denjenigen Beobachtern, welche in einem frühen Stadium der serösen Ergüsse operirten, auf 10 pCt. oder etwas weniger. Die Durchschnittssterblichkeit der

serösen Ergüsse nach der Parakentese beträgt 17 pCt., der serös-eiterigen und eiterigen 37 pCt., der blutigen 77 pCt. und bei Pneumothorax 85 pCt. Als Todesursache nach der Parakentese bei den serösen Ergüssen werden Vereiterung des Exsudates, Tuberkulose und allgemeine schwere Komplikationen angegeben. In 45 pCt. der Gesammtzahl der tödtlichen Fälle war eiterige Umwandlung des Exsudates die Todesursache, oder wenn alle Fälle mit Phthisis und anderen schweren Komplikationen ausgeschlossen werden, in 25 pCt. oder in 10—5 pCt. bei allen operirten Fällen. — Dr. Fox glaubt nicht, dass die gewöhnlich angegebenen Momente, wie eine Tendenz gewisser opaleszirender Exsudate zum Eiterigwerden oder der Eintritt von Luft in die Pleurahöhle oder Tuberkulose oder das Vorhandensein von Fieber zur Zeit der Operation als Ursache der eiterigen Umwandlung betrachtet werden können, obwohl dieselben in einzelnen Fällen einen derartigen Einfluss ausüben können, sondern er nimmt vielmehr parenchymatöse Veränderungen in der Pleura selbst an, indem durch die künstliche Entleerung der Flüssigkeit Kongestion hervorgerufen und dadurch die Entzündung gesteigert wird. Er behauptet, dass seröse Exsudate nur wenig Neigung haben eiterig zu werden, und wenn dies nach der Parakentese geschieht, so müsse in der grossen Mehrzahl der Fälle die Operation beschuldigt werden; in Anbetracht dessen, dass der Tod bei den unkomplizirten Pleuritiden zu den Seltenheiten gehört und die Resultate der Parakentese berücksichtigend, kann er diese nicht als eine lebensrettende Operation betrachten. Er räth deshalb zu grosser Vorsicht und macht darauf aufmerksam, dass in den frühen Stadien der Erkrankung die Operation meist unter sehr bestimmten Indikationen vorgenommen werden solle, als deren wichtigste er drohenden Stillstand des Herzens erachtet. — Was die eiterigen, durch die Parakentese behandelten Ergüsse betrifft, so findet Verf. die Sterblichkeit von 37 pCt. sehr hoch; sie kontrastirt sehr ungünstig mit den nicht operirten, d. h. sich selbst überlassenen Fällen. In Anderl's Fällen von Empyem betrug die Sterblichkeit der nicht operirten 13 pCt. weniger als der operirten; am günstigsten ist die spontane Eröffnung nach aussen, von 25 Fällen starben 2 (8 pCt.), von 8 Fällen mit Perforation in die Bronchien starben 3 (37 pCt.). Goodhart berichtet über 11 Fälle mit spontaner Eröffnung nach aussen, welche alle genasen, Ewald über 6 Fälle, von welchen 3 starben. — Was die relative Sterblichkeit nach Parakentese in den verschiedenen Lebensaltern betrifft, so zeigt Fox, dass die Sterblichkeit nach dem Alter von 30 Jahren diejenige vor diesem Alter bei den serösen Ergüssen um 16 pCt., bei den eiterigen um 9 pCt., bei unkomplizirten serösen Ergüssen um 9 pCt., bei unkomplizirten eiterigen um 6 pCt. übersteigt. Die Pleuritis scheint andererseits in den Jahren von 20—30 häufiger vorzukommen. (Lond. med. Record, 15. Jan., 1878.) —

Die DD. Bochefontaine und Viel versuchten verschieden lokalisirte Entzündungen der Rindenoberfläche des Gehirnes zu erzeugen und die daraus sich ergebenden Symptome zu beobachten. Mit einer leicht mit Argentum nitricum überzogenen eisernen Nadel, welche 7—8 Mm. aus ihrem Halter hervorragt, sticht man, nachdem dem durch Chloralinjektion in die Vena saphena externa gut narkotisirten Hunde ein Scheitelbein blossgelegt und mit Meissel und Hammer in der Ausdehnung von 5 □-Mm. bis 1 □-Cm., aber ohne die Dura mater zu verletzen, der Schädel geöffnet worden, durch die harte Hirnhaut in das Gehirn so tief hinein, wie man beabsichtigt, lässt die Nadel einige Zeit, bis eine Aetzung der betreffenden Theile, deren Reaktion man erfahren will, erreicht ist, und zieht sie dann vorsichtig, ohne die Gehirnsubstanz zu zerren, heraus. Starke Athembewegungen sowie Schreien des Thieres während der Operation müssen durch tiefe Narkose verhütet werden, sonst dringt Cerebrospinalflüssigkeit bis zu der Nadel und führt das Argentum nitricum derselben an Stellen, deren Aetzung nicht beabsichtigt ist; nach der Operation wird die Wunde zugenäht und das aus der Narkose erwachende Thier beobachtet. Man kann auf diese Weise mit und ohne korrespondirende Meningitis die verschiedensten Punkte der Hirnrinde willkürlich und zwar diese Punkte allein und ganz oberflächlich in Enkephalitis versetzen. Man findet (die Thiere starben 6—12 Tage nach der Operation unter Kollaps oder Konvulsionen) die weiche Hirnhaut und den entsprechenden Theil der Rindensubstanz sehr injizirt, ohne Erweichung der letzteren oder Pseudomembranen an dem Parietalblatte der Arachnoidea oder Opacitäten der Meningen mit Adhärenz dieser Membranen an die Kor-

tikalis. Wo der Höllenstein nicht direkt hatte wirken können, war Alles, selbst an der Stichöffnung am Knochen und an der harten Hirnhaut, gesund blieben. Aus diesen Versuchen ergab sich nun Folgendes: 1) Die so bewerkstelligten entzündlichen Reize bewirkten verschiedene Erscheinungen je nach ihrem Sitze. 2) Betraf die Entzündung das hintere Drittheil der Hirnoberfläche, so war nichts Abnormes zu konstatiren: weder Motilitäts-, noch Sensibilitäts-, weder intellektuelle noch andere Störungen. 3) Wurden dagegen die vorderen Theile geätzt, so zeigten sich die verschiedensten Störungen: Lähmungen, partielle oder allgemeine Krämpfe, Ataxie, lokale Anästhesieen, Verlust oder Schwächung des Gesichtssinnes (meist mit Verengerung der Pupille), des Gehöres, intellektuelle und Ernährungs-Störungen (starke und schnelle Abmagerung, obwohl die Thiere zu fressen fortfahren, ja selbst mit besonderer Gier fressen). 4) Die Lähmungen, Krämpfe, Anästhesieen und Störungen der Sinnesapparate betrafen entweder nur die der verletzten entgegengesetzte Seite oder waren wenigstens auf dieser Seite mehr ausgeprägt. 5) Die Störungen der Sensibilität und der Sinne wurden nur beobachtet, wenn die Gehirnverletzung Theile betraf, welche hinter dem Gyrus sigmoideus liegen. 6) Nicht die Kauterisation als solche bestimmte die angegebenen Störungen, denn diese treten immer erst einige Tage nach der Operation ein; dieselben waren vielmehr die Folge der entzündlichen Reizung und der lokalen Gehirn-Erweichung. (Gaz. méd. de Paris, 1878, Nr. 1.)

Von sämmtlichen in den Verdauungsapparat des Thieres gelangenden Stoffen wird nur ein Theil chemisch und fermentativ verändert, um dann ganz oder zum Theile assimilirt zu werden. Die übrigen verändern sich im Organismus nicht, sondern verlassen, nachdem sie selbst gewisse Wirkungen im Körper ausgeführt haben, denselben in ihrer ursprünglichen Gestalt. Die Orte, durch welche sie den Körper verlassen, hängen von der Diffusibilität der Materien ab. Schwer diffusible Stoffe passiren nur das Lumen des Darmes, die leicht diffundirenden treten durch die Darmwand in die Säfte ein, gelangen in's Blut und werden von hier aus durch die Drüsen nach aussen befördert. Je diffusibler sie sind, desto grösser ist die Zahl von Drüsen, die sich bei der Exkretion derselben betheiligen. Um alle Ausscheidungsorgane solcher Substanzen kennen zu lernen, untersuchte Dr. Albert Adamkiewicz die Ausscheidungswege für eines der diffusibelsten Salze, für das Jodkalium. Er fand dasselbe im Harne, im Speichel, in den Thränen, in der Milch stillender Frauen, im Schweiss, im Sekret der Nase und in einem Fall sehr stark entwickelter Jodakne im Inhalte der Pusteln. Hier erwies sich der Nachweis des Jod sehr schwierig; in den genannten Sekreten dagegen sehr leicht. Der Nachweis in Eiter entzündeter Talgdrüsen gelang nach starker Verdünnung der zur Jodreaktion angewandten rauchenden Salpetersäure. Er schliesst aus dem Vorkommen von Jodkalium im Inhalte der Aknepusteln, dass auch die Talgdrüsen Jod ausscheiden und dass das in diese Drüsen sich ausscheidende Salz denselben entzündet und so die Akne erzeugt. (Charité-Annalen, 1878, 381.) —

Dr. Wilhelm Unterharnscheidt gibt in einer Inaugural-Dissertation (Bonn, 1878) einen Beitrag zu der Frage, ob Blutergüsse im Glaskörper nur aus der Aderhaut — also nach vorausgegangener Durchbohrung der Netzhaut — oder auch aus dieser letzteren selbst stammen können? — In den von ihm mitgetheilten drei Fällen, welche sich den Beobachtungen von Leber und Liebreich anschliessen, handelt es sich um flächenförmige Blutergüsse zwischen Netzhaut und Membrana hyaloidea. Das Blut stammte bestimmt nur aus der Netzhaut. Die Gefässe derselben hörten dicht am Rande der Blutung auf, sichtbar zu sein. Wäre der Bluterguss im Netzhautgewebe selbst gewesen und wäre die Blutung eine chorioideale, so hätte man die Gefässe über den Bluterguss hinwegziehen sehen müssen. Ein Mal war die Blutung nach wiederholtem Erbrechen, ein Mal nach einer Kontusion der Augenbrauengegend und ein Mal nach einer Glaukom-Operation eingetreten. In dem letzteren Falle war das flächenförmig in kreisrunder Form ausgetretene Blut nachträglich noch in den Glaskörper eingebrochen. Die Prognose bei solchen Blutergüssen bezüglich der Resorption und Wiederherstellung des Sehvermögens scheint günstig zu sein. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanigzster Jahrgang.

Nro. 18.

Erlangen, am 4. Mai 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber den Vernarbungsvorgang an durch Schnitt verletzten Blutgefässen. Die Fettdiarrhoe der Säuglinge. Zur Genese und Symptomatologie der Pachymeningitis haemorrhagica. Ueber septisches und aseptisches Wundfieber. Entstehungsursache der Menstruation. Resultate aus Untersuchungen über die Bewegung des Herzens. Ueber Glaukom. Luesübertragung durch Speichel. Mahnung zur Vorsicht bei Einführung von Mastdarmbougies.

Ueber den Vernarbungsvorgang an durch Schnitt verletzten Blutgefässen schreibt Dr. Richard Pfitzer, Arzt in Königsberg i. Pr., dem Centralblatte f. d. ediz. Wissenschaften vom 13. März 1878 as folgt: „Untersuchungen, welche ich im ten halben Jahre über obiges Thema im athologisch-anatomischen Institute zu Königsrg an Kaninchen anstellte, haben zu den lgenden Ergebnissen geführt: Der erste prosorische Verschluss der stets klaffenden Wundspalte geschieht durch einen sehr zellenichen Thrombus, durch einen weissen hrombus (Zahn). Nach 24 Stunden sind gut wie keine zelligen Elemente mehr vorhanden; das Verschlussmaterial besteht aus ner homogenen strukturlosen Fibrinmasse. ach zwei Tagen derselbe Befund an der Wundstelle; das Gefässendotel zeigt sich in r ganzen Circumferenz des Gefässrohres eschwellt, wodurch ein stärkeres Hervorringen der einzelnen Zellen in das Lumen ch ergibt. Am dritten Tage ist auf der ibrinmasse, nach dem Gefässlumen zu, eine nfache Lage platter spindelförmiger Zellen chtbar, deren Elemente mit dem Gefässdotel kontinuirlich zusammenhängen und e Wundstelle überbrücken. Das übrige ndotel ist stark geschwellt; in den der Wundstelle näher gelegenen Bezirken sieht an unter den sich stets markirenden Endozellen eine mehrfache Lage verschieden rosser, runder oder mehr unregelmässig germter Zellen, welche sich durch Form und Grösse ihrer Kerne wesentlich von Eiterkörperchen unterscheiden. Diese Zellschicht reicht bis an die fibrinartige Verschlussmasse der Wundstelle heran. In der Media zeigt sich nirgends eine pathologische Zelleninfiltration, ebenso liegen an keiner Stelle auf dem Endotel etwa Anlagerungen weisser Blutkörperchen. Von diesem Tage an ist die Wundstelle nach dem Gefässlumen zu stets durch jene oben erwähnte Lage platter spindelförmiger Zellen abgegränzt. Das übrige Gefässendotel steht mit dieser Zellbrücke in inniger Kontinuität und die innerste Gränzschichte des Lumens zeigt nirgends eine Unterbrechung. Nach also erfolgtem Abschlusse der Wundstelle durch eine neugebildete Endotelhaut kommt es zur allmähligen Verdrängung und schliesslichen Vernichtung der provisorischen Fibrin-Verschlussmasse durch Bindegewebe. Dieses Bindegewebe entwickelt sich von zwei Seiten her: Erstens dringt es von dem periadventitiellen Gewebe gegen die Fibrinmassen vor, so zwar, dass anfangs Rundzellen auftreten, welche sich von Tag zu Tag mehren, Spindelform annehmen und Narbengewebe liefern. Es handelt sich hier um eine entzündliche Reaktion in Folge der Verletzung. Dahingestellt muss ich lassen, ob die Zellen aus präexistirenden Bindegewebszellen hervorgehen oder aus den Blutgefässen emigriren. Diesen Gewebszügen dringen andere entgegen, welche ihren Ursprung herleiten von den subendotelialen Zellschichten der Gefässwand einerseits und von anderen ähnlichen Zellschichten,

welche — mit ersteren in innigem Zusammenhange — sich unter der anfangs einfachen Endothelbrücke an der Wundstelle gebildet haben. Die Umwandlung geschieht auch hier so, dass die oben beschriebenen Zellen mehr spindelförmig werden, dass das Bestreben, sich zu bestimmten Zügen zu ordnen, schärfer und schärfer hervortritt und schliesslich ein Narbengewebe fertig dasteht. — Vom 11. Tage ab besteht die Verschlussmasse nur aus solchem Narbengewebe, welches scharf gegen die durchtrennten Gefässwandungen abgesetzt erscheint. Demnach kommt der definitive Verschluss durch Schnitt verletzter Gefässe einerseits durch eine Proliferation des Gefässendotels, andererseits durch eine entzündliche Gewebswucherung zu Stande, welche von dem durchtrennten adventitiellen und periadventitiellen Bindegewebe ausgeht. Die Betheiligung der weissen Blutkörperchen des grossen Blutstromes (N. Schulz) an dem Verschliessungs-Vorgange hört mit der Bildung der provisorischen Verschlussmasse auf". —

Im 12. Jahresberichte des Berner Kinderspitales (1874) machte uns Demme zum ersten Male mit einer eigenthümlichen Form des Darmkatarrhes bekannt, bei welcher, nach seiner Angabe, keinerlei Fett in der Nahrung vertragen werde: es ist dies die sogenannte „Fettdiarrhoe der Säuglinge". Charakteristisch für dieselbe ist die glänzende, schmierige, nach dem Trocknen graugelbe Beschaffenheit der häufigen, oft massenhaften Fäces. Um dieser von Demme nur Juvantibus et Nocentibus erschlossenen Behauptung eine beweiskräftigere Stütze zu geben, benutzt Dr. Ph. Biedert zwei Krankheitsfälle von neugeborenen, mit verdünnter Kuhmilch genährten Kindern, bei welchen aus der charakteristischen Beschaffenheit der Dejektionen die in Rede stehende Darmerkrankung vermuthet wurde. Das Mittel hierzu bot die genaue und fortgesetzte chemische Analyse der Fäces, die denn auch die Annahme des Verf. über Erwarten bestätigte. Die Fäces wurden, bis kein Gewichtsverlust mehr erfolgte, getrocknet und so der Wassergehalt bestimmt; dann wurde die zerriebene Trockenmasse mit Aether ausgezogen, um das Mengenverhältniss des so gewonnenen Aetherauszuges zu dem Totale der Trockensubstanz zu bestimmen; letztere ist die massgebende, da der Wassergehalt sehr wechselnd ist. Den zwei sehr genau und ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten Biedert's ist Folgendes zu entnehmen: Im ersteren Falle zeigte die erstuntersuchte Portion der Fäces einen Aetherauszug von 52.9 pCt. der Trockensubstanz (normale Fäces ergeben im Mittel nach Weyscheider 12 pCt.); die Entleerungen waren charakteristisch, ihre Anzahl vermehrt. Um sich zu vergewissern, dass natürlicher Rahm nicht besser vertragen werde, wurde Biedert's natürliches Rahmgemenge verabreicht, — indess ergab die Untersuchung auch bei dieser Nahrung denselben pathologischen Fettreichthum. Erst als das Demme'sche Nahrungsgemisch, welches derselbe für diese Fälle angegeben, zur Anwendung kam, verminderte sich die Anzahl der Entleerungen und wurde die Fettmenge in denselben geringer; der Aetherauszug sank in den ersten 24 Stunden auf 28.57 pCt., dann auf 11.76 pCt. und 4.5 pCt. der Trockensubstanz. Aehnlich war es auch im zweiten Falle. Das achtwöchentliche Kind kam mit hohem Fieber (41° Temperatur), Krämpfen und häufigen Darmausleerungen zur Behandlung. Die Stühle waren grün, glänzend, schmierig; der Aetherauszug betrug 64.74 pCt. der Trockensubstanz. Auf das Demme'sche Nahrungsgemisch trat sofort Besserung ein, am 3. Tage ergab die Untersuchung des Kothes nur mehr 11 pCt. der Trockensubstanz. Jetzt, am 11. Tage, machte Biedert bei gutem Wohlbefinden des Kindes einen Kontrolversuch mit fettreicherer Nahrung, u. z. mit natürlichem Rahmgemenge, um über jeden Zweifel hinauszukommen, ob noch darüber herrschen könnte, ob nicht die Empfindlichkeit gegen Fett in der Art, wie es in dem künstlichen Rahmgemenge enthalten ist, also in einer unvollkommeneren Emulsion desselben begründet sei. Der Erfolg war, dass schon am nächsten Tage der Aetherauszug auf 41.17 pCt., am dritten auf 62.85 pCt. sich erhob und das Kind mittlerweile ganz entsetzlich herabkam; die Erholung begann erst, als bloss reines Eiweisswasser mit Milchzucker gereicht wurde. — Damit ist die völlig gleiche Schädlichkeit auch des in der Kuhmilch natürlich emulgirten Fettes ausser Zweifel gestellt. Die einzige Frage, die bezüglich der Nahrung bleibt, ist die, ob es nur das Fett der Kuhmilch ist, welches die Kinder nicht vertragen, oder ob Fett überhaupt, also auch das der Muttermilch? — Demme fand zwar in zahlreichen Fällen, dass gerade die Muttermilch nicht vertragen werde. Zwar soll die letztere gewisse Abnormitäten gezeigt haben, wechselnde Reak-

ion, grösseren Fettreichthum, Andauern der Kolostrumkörperchen — doch dürften diese Dinge zusammen schwerlich hinreichen, ein so dauerndes und tiefes Leiden zu begründen, wenn nicht im Organismus des Kindes eine besondere Disposition dazu vorhanden oder entstanden wäre. Für diese Ansicht sprechen Demme's anatomische Befunde, in welchen neben den Erscheinungen des follikulären Katarrhes die Gallenblase leer und das Pankreas auf dem Durchschnitte auffallend trocken gefunden wurde. Es wäre damit gerade für die der Fettresorption dienenden Organe eine Funktionsinsufficienz ziemlich deutlich angezeigt. — Bezüglich der letzten Frage, ob diese Funktionsinsufficienz und die darauf beruhende Empfindlichkeit gegen Fett in der ursprünglichen Organisation des Kindes begründet oder erst durch eine Darmerkrankung hervorgerufen ist, spricht sich Biedert in beide Möglichkeiten aus, ohne dies übrigens weiter zu begründen. — Was die Behandlung betrifft, so besteht dieselbe hauptsächlich in der Verabreichung einer möglichst fettfreien Nahrung. Biedert empfiehlt sein an Fettgehalte reduzirtes (bis auf $^1/_2$ pCt.) künstliches Rahmgemenge. Aus dem Vorstehenden dürfte übrigens ersichtlich geworden sein, dass das Demme'sche Nahrungsgemisch die hierbei in Betracht kommenden Indikationen wohl am besten erfüllt. Dasselbe besteht aus $^1/_2$ Eiweiss, $^1/_4$ Liter Wasser, 4 Kaffeelöffel voll Milch, 2 Kaffeelöffel voll Milchzucker. (Jahrb. d. Kinderheilkunde, III. Bd., 1878.) —

C. Fürstner beschäftigt sich im Archiv f. Psychologie etc. VIII S. 1 ff. mit der Genese und Symptomatologie der Pachymeningitis haemorrhagica. Indem er sich, was die pathologisch-anatomische Seite der Frage betrifft, der Ansicht Derjenigen anschliesst, welche die Blutung in der harten Hirnhaut in ein freilich oft schwer nachzuweisendes, neugebildetes entzündliches Gewebe hinein erfolgen lassen, nicht aber die Blutung als das Primäre beschreiben, betont er zunächst, dass in vielen Fällen sich während des Lebens die Diagnose überhaupt nicht stellen lässt. Vielleicht deuten nur einige eigenthümliche oft zweckmässig erscheinende Bewegungen, im Koma ausgeführt, auf Reizerscheinungen, welche durch umschriebene pachymeningitische Veränderungen von der Grosshirnrinde her ausgelöst wurden. Symptomenlos ertragen auch häufig viele Paralytiker den in Rede stehenden Vorgang. Unter genauer Beschreibung dreier während des Lebens beobachteter Fälle, deren Diagnose durch den Leichenbefund bestätigt wurde, geht Fürstner nun auf die Kennzeichen der besprochenen Affektion näher ein. Paralytiker und Säufer, bei welchen die Pachymeningitis oft gefunden wird, machen vor dem Eintreten des durch die ausgedehntere Blutung herbeigeführten komatösen Zustandes meist ein Stadium hochgradiger Erregung durch, bei anderen eröffnen epileptische Anfälle die Scene oder die Bewusstlosigkeit beginnt ganz plötzlich (apoplektisch). Wie beim paralytischen Anfalle stellt sich alsbald Temperaturerhöhung ein. Das Koma bildet sich allmählig aus und besteht ohne ausgesprochene Lähmungserscheinungen an den Gliedern längere oder kürzere Zeit fort; auch kann es zu Zeiten sich erheblich vermindern. — Die während des Lebens öfter zu beobachtende Stauungspapille kann durch ein den Scheidenraum des Nervus opticus ausfüllendes Blutextravasat bedingt sein, abhängig von dem in den vorderen oder mittleren Schädelgruben befindlichen Blutergusse. Das häufig vorhandene Symptom der Déviation conjuguée der Augen und des Kopfes hat für den vorliegenden Krankheitsprozess keine wesentliche Bedeutung, wohingegen den Nystagmusbewegungen der Augen der Werth eines diagnostischen Hilfsmittels zukommt. Hemiplegieen sind selten, häufiger paretische Zustände, welche aber ebenso wie das Koma bedeutender Schwankungen und Remissionen fähig sind; auch treten oft leichte Kontrakturen an den paretischen Gliedern auf. Erhebliche Sensibilitätsstörungen werden, wenigstens was die Herabsetzung der Empfindlichkeit betrifft, nicht beobachtet; eher schien man eine gewisse Hyperästhesie der betroffenen Seite konstatiren zu können. Lähmungen basaler Hirnnerven gehören nicht zum Krankheitsbilde, wie überhaupt keines der oben angeführten Symptome den Werth eines pathognomischen Zeichens beanspruchen kann; so ist z. B. der paralytische Anfall dem Zustande, wie er sich bei pachymeningitischen Blutungen zeigt, oft allgemein ähnlich und vielleicht ist es nur das Vorhandensein der Stauungspapille, welches letztere von ersterem zu unterscheiden ermöglicht. —

Ein klinischer Vortrag von Alfred Genzmer und Richard Volkmann über sep-

tisches und aseptisches Wundfieber geht davon aus, dass nach Billroth und C. O. Weber das Wundfieber entsteht durch Aufnahme irgendwelcher toxischer, zersetzter, putrider Stoffe aus der Wundflüssigkeit in's Blut, dass somit das örtliche Verhalten der Wunde bestimmend sein muss für Höhe und Dauer des Wundfiebers. Unter dem Lister-Verbande gibt es, wenn er richtig ausgeführt ist, keine putriden Wundflüssigkeiten, nicht einmal ein durch Impfung entzündungserregendes Wundserum, ja keine Lymphdrüsenanschwellung. Was war natürlicher, als dass wir vom Lister-Verbande auch fieberlose Wundheilung erwarteten! Die Verfasser geben nun an, dass dieses nach der Theorie zu erwartende Resultat nur bei etwa einem Drittheile aller Schweroperirten oder Schwerverwundeten eintritt, ein zweites Dritttheil fiebert mässig, das dritte sogar hoch. Charakteristisch für das bei streng antiseptischem Wundverlaufe zu beobachtende Fieber ist das schroffste Missverhältniss zwischen der Höhe des Fiebers und dem Fehlen jeder örtlichen Reaktion, jedes Schmerzes und jedes Zersetzungsvorganges an der Wunde, ja noch mehr das Fehlen vieler objektiven und fast aller subjektiven Störungen im Organismus, wie wir sie bisher bei hohem Fieber sicher voraussetzten. Kranke mit 39—40 Grad und darüber gehen umher, unterhalten sich, zeigen sich gesprächig und aufgeräumt wie Gesunde. Der Hunger ist dabei normal, der Durst meist vermehrt. Von objektiven Symptomen zeigt sich der Puls weich, an Frequenz der Höhe der Temperatur entsprechend, die Zunge wenig belegt, nie trocken, der Urin reichlich, die Chloride desselben nicht vermindert, der Harnstoffgehalt sehr reichlich, fast entsprechend der Fieberhöhe, der Stuhlgang etwas flüssig, nie angehalten, die Haut meist feucht und der Schweiss erheblich. Die meisten aseptischen Wundfieber sind von nur 3-, 5—7-tägiger Dauer, doch können sie auch 14 Tage und darüber auf erheblicher Höhe fortbestehen. Es bedarf wohl nicht der Versicherung, dass das so geschilderte aseptische Fieber nicht immer so rein vorkommt und dass es nicht auch mannigfache Uebergänge gibt, ebenso wie es unter günstigen Umständen, besonders z. B. in der Privatpraxis, zuweilen vorkommt, dass eine nicht aseptisch behandelte schwere Wunde aseptischen Fieberverlauf zeigt, wie dies ja für manche subkutane Verletzungen und Knochenbrüche Regel ist. — Gewiss ist es manchem die Lister'sche Methode praktisch ausübenden Arzte begegnet, dass er bei exaktem Verfahren, bei durchaus gutem Verhalten der Wunde Fiebererscheinungen fand, für die er keine Erklärung wusste. Die Verfasser haben diese Erfahrung in präziser Weise durch Aufstellung eines aseptischen Fiebers formulirt und lassen es auch an einer hypothetischen aber plausiblen, in den Rahmen der Fiebertheorie recht gut sich einfügenden Erklärung nicht fehlen. Derselben gemäss ist das aseptische Wundfieber ein Resorptionsfieber wie das septische mit dem Unterschiede, dass bei dem gewöhnlichen septischen Wundfieber heterologe giftige faulige Stoffe oder Flüssigkeiten, die irgend welche spezifisch wirkende Zersetzungserreger enthalten, in's Blut gelangen, während beim aseptischen Fieber nur eine Resorption nicht heterologer, dem physiologischen Stoffwechsel nicht allzu ferne stehender, namentlich aber nicht fermentativer Stoffe statthat. Selbst bei einer Schnittwunde durch ein scharfes Messer wird Ertödtung einer ganzen Anzahl von Elementen herbeigeführt. Diese mortifizirten Elemente zerfallen, werden resorbirt und Letzteres um so vollständiger, je vollständiger die prima Intentio in der Wunde eintritt. Das aseptische Fieber scheint in seinem Auftreten sich proportional zu verhalten der Qualität und der Menge der der Resorption anheimfallenden homologen Zerfallsprodukte. Es sind pyrogene, nicht phlogogene Stoffe, welche in diesem Falle in den Stoffwechsel aufgenommen werden und demgemäss fehlen die mannigfachen objektiven und subjektiven Störungen des Organismus, welche ein Symptom der Sepsis und nicht, wie man sieht, schon des Fiebers an und für sich sind. (Volkmann's Vorträge Nr. 121.) —

Zahlreiche Theorieen sind bisher über die Entstehungsursache der Menstruation angegeben worden, ohne dass eine derselben als wissenschaftlich haltbar sich erwies. Aldridge George unternimmt es nun, der ärztlichen Welt eine Erklärung zur Prüfung vorzulegen, welche zur Begründung der Entstehung der Regeln grössere Wahrscheinlichkeit bieten dürfte. Im kindlichen und Jünglingsalter ist die Zuführung und Assimilation der Nahrungsmittel deshalb eine so grosse, weil der Körper nicht bloss erhalten, sondern auch behufs des Wachsthumes mit assimilirbaren Nahrungsmitteln versehen werden muss. Mädchen haben bei

ihrer Geburt ein geringeres Gewicht als Knaben und dennoch ist das weibliche Geschlecht in den darauf folgenden Jahren früher entwickelt als das männliche. Das Wachsthum der Mädchen in den sieben Jahren vor der Pubertät geht schneller von Statten als bei Knaben. Man sieht hieraus, dass die Natur das weibliche Geschlecht in der Jugend mit der Kraft schnelleren Wachsthumes versehen hat als das männliche, dass der Blutbereitungsapparat produktiver ist und dass die Anforderungen des Organismus mehr auf das Wachsthum als auf andere Zwecke gerichtet sind. Die grössere Blutproduktion und die für die Zukunft bei der Schwangerschaft und der Laktation beanspruchten Anforderungen an die ernährenden Organe nehmen jedoch mit dem Eintritte der Pubertät eine andere Richtung, indem das Wachsthum abnimmt und die demzufolge verminderten Forderungen an das Blutsystem durch die speziellen Organe der Reproduktion und Laktation beansprucht werden. Indem diese Organe grösser werden, der Blutzufluss zu denselben ein stärkerer wird, entsteht eine vermehrte Spannung in den dieselben versehenden Blutgefässen. Die Folgen dieser gesteigerten Spannung bekunden sich durch Gefühl von Völle in den Lenden und im Rücken, Schwere und Spannung in den Brüsten, bis dann die Regeln eintreten. Es entsteht nun in Folge der Blutkongestion im Uterus und der Turgescenz in den Fallopi'schen Tuben eine Ruptur der Graaf'schen Bläschen. — Bei Gelegenheit der Besprechung der Haemoptoë meint Fothergill, dass diese Krankheit bei Personen mit schnellem Blutflusse gleichsam als ein Leckwerden entstände und dass dabei der schwächste Punkt im Gefässsysteme nachgebe. Man kann nun bei jungen Mädchen, deren Blutbereitung rasch von Statten geht, die Gebärmutterschleimhaut als jene Stelle bezeichnen, welche den schwächsten, widerstandslosesten Ort darbietet. Hat die Blutspannung einen hohen Grad erreicht, dann reissen die zarten Kapillaren und es tritt Blutung ein, wodurch die Kongestion beseitigt und ein Gleichgewicht im Organismus hergestellt wird, worauf dann die früheren lästigen Symptome schwinden. Beim Vorhandensein von Schwangerschaft bedingt das Wachsthum des Fötus und der Gebärmutter den Ausgleich zwischen Einnahme und Ausgabe und ebenso wird bei Laktation der Ueberschuss an Nährmaterial zur Milchbereitung verwendet, so dass es zu den seltenen Vorkommnissen gehört, wenn bei Schwangerschaft und Säugung die Regeln auftreten. — Ist eine Frau bedenklich krank, befindet sie sich z. B. im Anfangsstadium der Phthisis, so gehört das Ausbleiben der Regeln zu den Krankheitssymptomen, da die gestörte Ernährung eine mangelhafte Blutbereitung erzeugt, demgemäss die Spannung im Kreislaufe nachgelassen hat. Da, wo die Natur alle ihre Hilfsquellen für die Erhaltung des Individuums braucht, geht sie haushälterisch mit ihrer Kraft um und verschwendet dieselbe nicht. — In den klimakterischen Jahren regulirt sich die Menstruation hingegen derartig, dass sie entweder in geringer Quantität oder in längeren Intervallen eintritt. Hier nimmt die Spannung in den Blutgefässen in Folge der beginnenden schwächeren Funktion des Nähr- und Assimilationsapparates ab, weil auch hier der Ueberschuss der Einnahme über die Ausgabe sich zu vermindern beginnt. Da aber immer noch ein Ueberschuss vorhanden ist, so erklärt sich daraus, wesshalb Frauen nach der Menopause stärker und korpulenter werden. (The Lancet, 1878, 10.)

Die Bewegungen des Herzens nach den Prinzipien der Mechanik zu untersuchen, hat sich Assistenzarzt Dr. L. A. Feuerbach angelegen sein lassen und können folgende Sätze mehr oder weniger als die Resultate seiner nicht gut näher zu detaillirenden Arbeit hervorgehoben werden. Die am Herzen in toto vorkommenden Bewegungen oder Lagerungsveränderungen sind dreifacher Art: a) Drehung von oben, hinten und etwas links nach unten, vorne und etwas rechts; b) Senkung von rechts, oben und hinten nach links, unten und vorne; c) Hebelbewegung der Herzspitze nach rechts, oben und vorne. Ausserdem beobachtet man noch eine wellenförmige Bewegung von rechts nach links während der Systole. Die Rückstossachsen, eine rechte des rechten Ventrikels und eine linke des linken Ventrikels, fallen zusammen mit den Achsen des Blutstromes. Jeder der beiden Achsen entsprechend erfolgt ein Rückstoss, hervorgebracht durch die Druckdifferenz an der arteriellen Ausflussöffnung und den dieser gegenüber liegenden Wandtheilen des Ventrikels. Dieser Rückstoss ist also eine Reaktionsbewegung. Mit den bei der Systole des Herzens eintretenden zwei Rückstossbewegungen koïncidirt die sogenannte Kontraktionsbewegung des Herzens, die übrigens etwas früher anfängt. Dem Rück-

stosse des rechten Ventrikels entspricht die Drehung von links nach rechts, dem Rückstosse des linken Ventrikels die Bewegung nach links und unten, der kombinirten Kontraktionsbewegung beider Ventrikel die Erhebung der Herzspitze nach rechts, oben und vorne. Der Schwerpunkt des diastolisch ausgedehnten Herzens liegt unmittelbar hinter der austretenden Aorta im Gewebe des rechten Vorhofes, annähernd in einem Punkte der Herzscheidewand, in dem die vier Herzhöhlen zusammenstossen. (Selbstverständlich unterliegt der von der Muskelmasse sowohl wie von der Blutmasse bedingte Schwerpunkt während jedes Ablaufes einer Thätigkeitsphase des Herzens ganz gesetzlichen Aenderungen.) Die Längsachse des Herzens, vom Schwerpunkte der Herzbasis zur Herzspitze gezogen, geht von rechts und oben nach links und unten und etwas von hinten nach vorne. Im Wesentlichen fällt sie mit der Längsachse des linken Ventrikels zusammen. Der Rückstoss des rechten Ventrikels ist Bedingung der physiologischen Drehung des Herzens von links nach rechts. In Folge der schiefen Stellung, welche die Rotationsachse des rechten Ventrikels zur Längsachse des Herzens einnimmt, erzeugt aber der Rückstoss des rechten Ventrikels nicht eine einfach rotirende Bewegung, sondern zugleich eine hebelförmige Bewegung, wodurch die Herzbasis sich mehr nach unten und vorne bewegt, also der Brustwand genähert wird, wogegen die Herzspitze nach hinten und oben steigt und sich von der Brustwand mehr entfernt. — Die Rückstossachse des linken Ventrikels kreuzt sich mit jener des rechten Ventrikels vor dem Schwerpunkte des Herzens unter einem Winkel von 60—70°. Da sie ziemlich durch den Schwerpunkt des Herzens geht und nur wenig von der Längsachse abweicht, so fällt ihre Hauptwirkung in die Richtung der Längsachse, als sollte das Herz in toto nach links, unten und vorne bewegt werden. Da die linke Rückstossachse die Längsachse des Herzens von rechts und vorne nach links und hinten kreuzt, so veranlasst dies eine schwache Rotation des Herzens von rechts nach links, entgegengesetzt der Drehung von links nach rechts, die durch den Rückstoss des rechten Ventrikels zu Stande kommt. Die Kontraktionsbewegung des Herzens bewirkt eine Hebelbewegung desselben nach rechts, vorne und oben, die zum Herzstosse Veranlassung gibt. Mit beginnender Diastole der Ventrikel strömt das Blut aus den gefüllten Vorhöfen ein und kommt dadurch in diesen letzteren ein Rückstoss zu Stande, wodurch dem Zurücktreten des Herzens in seine frühere Stellung wesentlich Vorschub geleistet wird. Ja bei stärker angeregter Herzthätigkeit gleich wie bei pathologischen Zuständen kann durch diesen Vorhofsrückstoss eine Bewegung des Herzens nach rechts, oben und hinten, über den Stand in der Herzpause hinaus, zu Stande kommen. — Nach Allem ist der Herzstoss die Resultante aus drei Kräften, der kombinirten Kontraktionsbewegung der beiden Ventrikel einerseits, dem Rückstosse des rechten und des linken Ventrikels andererseits. Der erheblichere Antheil am Herzstosse kommt aber jedenfalls auf die Kontraktionsbewegung der beiden Ventrikel und die hierdurch erfolgende Hebelbewegung der Herzspitze nach rechts, oben und vorne. (Archiv f. Physiol. XIV 2 und 3.) —

Im Vereine der Aerzte Niederösterreichs, Sitzung vom 3. April 1878, sprach Privatdozent Dr. Hock über die Glaukomtheorieen. Nach einer historischen Einleitung über die Entstehung unserer Kenntnisse vom Glaukome theilt derselbe die über das Wesen dieser Krankheit aufgestellten Theorieen ein in a) entzündliche, b) neuropathische und c) mechanische. Zu den ersteren gehört 1) die v. Graefe'sche Anschauung, welcher das Glaukom als eine Chorioiditis serosa auffasste und sich hierbei auf Veränderungen im Uvealtrakte, vor Allem aber auf die Glaskörpertrübung stützte. Seit Schnabel aber bis zur grössten Wahrscheinlichkeit darlegte, dass eine Glaskörpertrübung nicht existire, müsse die Graefe'sche Anschauung als aufgegeben betrachtet werden, schon in Anbetracht der geringen anatomischen Veränderungen der Chorioidea. 2) Die Jaeger'sche Theorie, nach welcher das Sehnervenleiden ein selbstständiges und von der Entzündung zu trennen sei und auch mit der Erhöhung des intraokularen Druckes nicht im Zusammenhange stehe, habe keine Anerkennung gefunden. — Zu den neuropathischen Theorieen rechnet Hock: 1) Donders' Theorie, nach welcher das Glaucoma simplex der Typus der Glaukome und die Entzündung nur eine Komplikation sei. Die Spannungserhöhung beim Glaukome komme nach Donders durch Reizung der sekretorischen Nerven, deren Fasern wahrscheinlich im Trigeminus verlaufen, zu Stande und werde

durch Spannung der nach vorne tretenden Iris auf reflektorischem Wege vermehrt. Die Iridektomie, welche die Spannung der Iris aufhebt, wirke desshalb als Heilmittel. Gegen diese Auffassung sprechen theoretische Bedenken, indem einer Vermehrung der Sekretion bei intakten Abflusswegen auch eine vermehrte Filtration nach aussen folgen, also früher oder später ein spontaner Ausgleich stattfinden müsse. Aber auch klinisch lasse sich einwenden, dass das akute Glaukom oft in früher ganz gesunden Augen plötzlich auftrete. Die Spannung der Iris könne auch nicht angeschuldigt werden, weil bei der Sklerotomie, welche schon eine Reihe vorzüglicher Erfolge aufzuweisen habe, die Iris nicht ausgeschnitten und doch Heilung erzielt wird. 2) Schnabel's Theorie, nach welcher die für entzündlich gehaltenen Veränderungen der Ausdruck einer Neurose und nicht von der Spannungserhöhung abhängig sein sollen, stellt für die ersteren theilweise sehr erzwungene Erklärungen auf. Auch die Entstehung der gesteigerten Spannung erklärt Schnabel der Art, dass die Sache nicht gefördert werde. Die Bedeutung dieser Theorie sei eine negative, indem sie mit Erfolg gegen die Entzündungstheorie ankämpft. — Von den mechanischen Theorieen führt Hock an: 1) Stellwag's Theorie, welche sich auf die Rigidität der äusseren Skleralschichten und die Erhaltung der Dehnbarkeit der inneren Sklerallagen stützt. Die durch die erstere bedingte Druckvermehrung bewirke Dehnung der letzteren, hierdurch Verengerung der venösen Emissarien und durch die so entstehende Venenstauung weitere Druckerhöhung. Die Wirkung der Glaukomoperation beruhe in der Bildung einer dehnbaren Skleralnarbe. Die Irisausschneidung wäre überflüssig, wenn nicht Vorfall der Iris zu fürchten wäre. Gegen diese Theorie spricht, abgesehen von der mangelhaften anatomischen Stütze, die Entstehung der Sekundarglaukome im jugendlichen Alter, wo von Rigidität der Sklera nicht die Rede sein kann. 2) Knies' Theorie. Dieser fand bei Glaukom Entzündung und Verödung des sogenannten Fontana'schen Raumes und Verwachsung der Irisperipherie mit der Hornhaut. Er hält diesen Umstand für das Primäre beim Glaukome, indem der Verschluss des wichtigsten Abzugsweges der intraokularen Flüssigkeiten Drucksteigerung hervorbringen müsse. Die Iridektomie wirke nur durch Anlegung einer sogenannten Filtrationsnarbe. Gegen diese Anschauung sprechen die Thatsachen, dass einerseits Glaukom ohne Verwachsung der Irisperipherie mit der Hornhaut, andererseits diese Verwachsung in nicht glaukomatösen Augen angetroffen werde. Ferner müsse die erste Folge der Verödung des Fontana'schen Raumes Anstauung des Kammerwassers und Vertiefung der Vorderkammer sein, wie dies zuweilen beim Sekundärglaukome gefunden wird. Beim entzündlichen primären Glaukome aber werde die Vorderkammer in der Regel flach. 3) Weber's Theorie, welche Schwellung der Ciliarfortsätze und Hineinpressen der Iris in den Kammerfalz durch erstere zur anatomischen Voraussetzung hat, erklärt die Drucksteigerung ähnlich wie die vorige und setzt noch hinzu, dass durch Kompression des Circulus arteriosus iridis Stase und alle entzündlichen Erscheinungen des akuten Glaukomes entstehen. Die Iridektomie wirke durch Befreiung der Iris aus ihrer Einklemmung. Gegen diese Theorie gelten dieselben Einwände, wie gegen die vorige, ausserdem aber noch die Erfolge der Sklerotomie. — Es bestehe demnach keine Glaukomtheorie, welche alle Formen und alle Symptome dieser Erkrankung einheitlich und befriedigend erklärt, und könne man eine solche Erklärung erst von den weiteren Fortschritten der allgemeinen Pathologie erwarten. (Wien. med. Blätter, Nr. 4, 1878.)

Einen Fall von Uebertragung von Lues durch den Speichel berichtet Sanitätsrath Dr. Böttger zu Dessau in den Memorabilien, 1878, 2. Heft. Derselbe wurde vor längerer Zeit wegen eines neunjährigen Mädchens konsultirt, welches seit einigen Wochen an einer Augenkrankheit litt. Das Kind, seinem Alter angemessen entwickelt, zeigte eine gesunde Konstitution, war aber etwas lichtscheu. Bei Untersuchung der Augen fand Verf. eine blasse Röthe in der Sklerotika, welche um den Rand der Hornhaut herum einen ziemlich breiten Ring bildete. Bei entsprechender Beleuchtung bemerkte er weiter, wie die ganze Injektion sich aus dicht gedrängten, radiär zum Hornhautrande gerichteten Gefässstämmchen zusammensetzte. Gleichzeitig verbreitete sich in beiden Augen eine leichte Trübung über die ganze Hornhaut. Die Iris zeigte sich unbeweglich und hatte ihre Gestalt verändert, indem sie beiderseits mehr oval erschien mit einer der Nasenwurzel zugekehrten Spitze. Das subjektive Befinden der Patientin war im Allgemeinen

wenig gestört, nur sollten sich Nachts heftige Kopf- und Augen-Schmerzen einstellen. Das Sehvermögen auf beiden Augen war so geschwächt, dass die Gegenstände wie in Nebel gehüllt erschienen. „Nach all' Dem", sagt Böttger, „war die Diagnose einer Iritis mit Synechienbildung leicht zu stellen, wie aber die doppelseitige Erkrankung bei dem scheinbar ganz gesunden Kinde zu erklären? — Ein konstitutionelles Leiden von Seiten der sehr respektablen Aeltern anzunehmen war in hohem Grade unwahrscheinlich; trotzdem theilte ich dem Vater meinen Verdacht mit. Bestürzt eröffnete mir derselbe, nie an Lues erkrankt gewesen zu sein, ebensowenig wie die Mutter des Kindes. Eine Ansteckung von Seite einer Amme war von vornherein auszuschliessen, da das Kind mit Kuhmilch aufgezogen worden war. Trotzdem forschte ich weiter und erfuhr, dass das Kind von einer Wärterin gepflegt worden sei, welche noch in diesem Orte ansässig sein sollte. Ich suchte dieselbe auf und fand meinen Verdacht beim Anblicke ihres eingefallenen Nasenrückens in der That sofort bestätigt. Die noch unverheirathete Person erzählte mir auf mein Befragen, dass sie ungefähr im 18. Lebensjahre mit einem Manne Umgang gehabt habe und dass sich einige Zeit später bei ihr ein Ausfluss aus der Scheide eingestellt habe, zu dem sich ein Ausschlag am After gesellte. Der damalige Arzt hätte sie desswegen mit weissen Pulvern behandelt. Sie gab nun an, dass sie dem betreffenden Kinde oftmals, wie dies ja heute noch oft von vielen Müttern geschieht, die Speise erst vorgekaut und dasselbe dann gefüttert habe. — Die Quelle der Infektion war somit leicht entdeckt und Böttger schritt zu einer energischen antisyphilitischen Behandlung. Trotzdem bildete sich im weiteren Verlaufe eine kleine Perforation am harten Gaumen, welche sich allmählig vergrösserte und wobei sich kleine Knochenfragmente loslösten, bis der Durchmesser schliesslich nahezu einen Centimeter betrug. Die Iritis indessen hatte sich von Tag zu Tag mehr gebessert und auch die Pupille hatte bei entsprechender Behandlung wieder ganz ihr früheres Aussehen erlangt. Die Perforation wurde später von einem geschickten Zahnarzte vermittelst Gaumenplatte so geschlossen, dass beim Sprechen nicht die geringste Störung mehr stattfindet. Seit dieser Zeit erfreut sich die Patientin einer blühenden Gesundheit. —

Die vor einiger Zeit in medizinischen Blättern ausgesprochene Mahnung, die Einführung von Mastdarmbougies nur kundigen Händen anzuvertrauen, findet durch eine vor Kurzem wieder beobachtete Perforation der Mastdarmwände durch ein derartiges Instrument weitere Ausdehnung. In dem vorliegenden Falle des Dr. J. Stuart Nairne zu Glasgow geschah eine post mortem nachweisbare Durchbohrung unterhalb einer Striktur. Da ausserdem der Verfasser in ähnlichen Fällen keinerlei Nutzen von Einführung der Rektalbougies gesehen hat, so warnt er vor deren Gebrauche in Fällen von Striktur überhaupt, nicht nur seitens der Patienten, sondern auch seitens der behandelnden Aerzte. Zur ferneren Begründung dieses Satzes stellte er über den Mechanismus der so häufigen Mastdarmverletzungen unterhalb der Striktur ein Leichenexperiment so an, dass er sich durch Umschlingung des Endes des S romanum mit einem Handtuche eine künstliche Verengerung des Darmlumens schaffte und dann ein elastisches Rohr vom After her einschob. Es zeigte sich nun, dass das Ende des betreffenden Rohres durchaus nicht die Verengerung berührte, sondern längs der vorderen freien Circumferenz des Mastdarms vorrückend, an einer Stelle an der oberen und gleichzeitig auch etwas mehr vorderen Fläche senkrecht zu der Striktur eindrang und diesen Theil des Darmes mit sich vorstülpte. Wenn man jetzt das Rohr einige Male hin- und herschob, gleich als wollte man die Striktur zu „entriren" versuchen, so gab die Aussenhaut der Darmwand nach. Es entstanden dabei ein länglicher Schlitz und ein Vorfall der Innenhaut. Um zu diesem Resultate zu gelangen, bedurfte es keineswegs der Anwendung einer besonderen Gewalt, und da überdies dasselbe Ergebniss bei Wiederholung des Versuches an den verschiedensten Leichen in durchaus konstanter Weise eintrat, so räth Verfasser davon ab, Mastdarmsonden (wie es von anderer Seite empfohlen) weiter als sechs Zoll tief einzuführen. (The Lancet v. 16. März 1878.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanigster Jahrgang.

Nro. 19. *Erlangen*, am 11. Mai 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Heisswasser-Einspritzungen gegen Metrorrhagieen. Neuer Körper im Chloralharne. Zur Behandlung der Psychosen. Resultate aus Transspirationsversuchen. Blutveränderungen im Fieber. Resultate aus Untersuchungen über den Zuckergehalt von Blut, Leber und Muskeln. Psychische Epilepsie. Wie lange sollen Wöchnerinnen das Bett hüten? Erythema nodosum. Beste Analyse der Milch in Bezug auf ihre Qualität.

Die Methode, Blutungen aus der Gebärmutterhöhle mittelst Einspritzungen von heissem Wasser von 40° R. zum Stillstande zu bringen, gehört unstreitig zu den wichtigsten therapeutischen Errungenschaften der neuesten Zeit. Es ist dies namentlich desshalb der Fall, weil der Eingriff sehr leicht ausführbar ist, die zu demselben erforderlichen Hilfsmittel überall rasch herbeizuschaffen sind und die damit erzielten Erfolge nach den Berichten bewährter Autoren als über jeden Zweifel erhaben angesehen werden können. Als vor wenigen Jahren die ersten Nachrichten über den in Rede stehenden Gegenstand durch die Blätter liefen, wurden dieselben kaum der Beachtung gewürdigt und war das Misstrauen so gross, dass der neue Vorschlag auf manchen Kliniken auch heute noch der Prüfung harrt. Man vergass, dass kein Geringerer als Trousseau die fragliche Prozedur schon vor mehr als 20 Jahren empfohlen und als eine der verlässlichsten Blutstillungsmethoden bei Metrorrhagieen bezeichnet hatte. Derselbe war auch bemüht, eine Erklärung für den physiologischen Vorgang zu bieten, indem er sich auf das Experiment berief: „Wenn man die eine Hand in Wasser von 40° R. hält, die andere in solches von 0° und dann beide zurückzieht, so bemerkt man eine entgegengesetzte Reaktion: die abgekühlte Hand wird warm, die andere kalt". Der Vorschlag Trousseau's kam erst in den letzten Jahren von Amerika her (Emmet) als Novum zu uns herüber. Einen eifrigen Anhänger fand die neue Methode in Dr. R. Windelband, welcher — auf eine zweijährige Erfahrung gestützt — die Heisswasser-Einspritzungen bei Gebärmutterblutungen jeder Art empfehlen zu können glaubt. Er hat dieselben bei Blutungen nach Abortus, nach Früh- und rechtzeitigen Geburten, bei profuser Menstruation, welcher Erweiterungen des Uterus oder chronische Entzündungsvorgänge zu Grunde liegen, bei gefahrdrohenden Blutungen, bei Uterusfibromen, sowie bei Blutungen in Folge von Karzinom angewendet. Er beginnt dabei mit einer Temperatur von 38° und steigt allmählig bis zu 41° R. Er schreibt den günstigen Erfolg der direkten Einwirkung der Hitze auf die Muskelfasern des Uterus zu. Dass durch die Hitze eine Gerinnung des Blutes und dadurch bedingte Thrombenbildung eintrete, hat er nicht beobachten können. — Sehr günstige Erfahrungen haben auch Landau aus der Breslauer und Jaksch aus der Prager Klinik mitgetheilt. Der Letztere berichtet über 22 Fälle, in welchen die fragliche Methode angewandt wurde. Nur in zweien derselben trat der gewünschte Erfolg nicht ein; dabei betrug jedoch das eine Mal die Temperatur des Wassers nur 38° R. und beim anderen Falle war eine puerperale Infektion im Spiele, an deren Folgen die Patientin zu Grunde ging. Dass der heisse Wasserstrahl heftige Wehen zu erregen vermag, davon überzeugte

sich Jaksch in einem Falle, in welchem er einen Finger in die Gegend des inneren Muttermundes brachte und sofort heftige Kontraktionen der Gebärmutter spüren konnte, sobald das heisse Wasser eingespritzt wurde. In keinem seiner Fälle zeigten sich im weiteren Verlaufe des Wochenbettes krankhafte Erscheinungen. — Auch Runge hat die Methode in 22 Fällen angewandt. Davon waren 10 rein atonische Blutungen post partum, 7 Blutungen nach Abortus mit Retention von Placentar-Resten, 5 Blutungen bei uterinen Neubildungen. Die Einspritzungen wurden mit dem Irrigator gemacht und Wasser von 38—41° R. verwendet. Nach ihm bewährt sich die Methode nicht, wenn Mutterkuchen-Reste oder Blutgerinnsel in der Gebärmutter die Blutung unterhalten. Ebenso sind die Erfolge bei Blutungen mit Neubildungen im Uterus nur vorübergehende. Bei den atonischen Blutungen waren die Einspritzungen von heissem Wasser in drei Fällen erfolglos, in allen anderen von prompter Wirkung. Runge rühmt auch die auffallend gute Wirkung der Heisswasserinjektionen auf das Allgemeinbefinden der Erkrankten, indem dadurch dem blutleeren erkaltenden Körper Wärme zugeführt wird. — Peter hat von Heisswasser-Einspritzungen, „so heiss als die Patientin sie ertragen kann", bei nicht puerperalen Blutungen gute Erfolge gesehen. Er empfiehlt auch ebenso wie Guéneau de Mussy Kautschuksäcke mit heissem Wasser gefüllt auf die Lenden und die Wirbelsäule zu legen und demselben Zwecke dienen kurze, 2—3 Minuten dauernde heisse Bäder. — Die neueste Arbeit über diesen Gegenstand stammt aus der Gebäranstalt der Charité zu Berlin, welche derzeit unter Leitung des Dozenten Dr. Fassbender steht. Wir erfahren aus diesen Mittheilungen — verfasst von Carl Richter — dass die Heisswasser-Ausspülungen der Gebärmutterhöhle gegenwärtig in der Charité das erste und, abgesehen von den zu gleicher Zeit gereichten Mutterkorn-Gaben (2.0—5.0 pro die), das einzige Mittel bilden, welches bei stärkeren Metrorrhagieen sofort in Anwendung gezogen wird und welches bisher noch nie im Stiche gelassen hat, wenn es auch in einzelnen Fällen wiederholt werden musste. Die Beobachtungen Richter's beziehen sich auf Blutungen im Wochenbette und erstrecken sich auf einen Zeitraum von über zehn Monaten. Die Heisswasserinjektionen wurden bei 112 verschiedenen Blutungen beziehungsweise bei 105 Wöchnerinnen ausgeführt und waren stets von gutem Erfolge begleitet. Gewöhnlich genügen zwei bis drei Liter. Den Hauptwerth legt der Verf. im Gegensatze zu den bisherigen ähnlichen Mittheilungen darauf, dass das 40° warme Wasser nicht nur gegen die Portio vaginalis strömt, sondern direkt die blutenden Gewebe im Inneren der Gebärmutterhöhle selbst erreicht und längere Zeit bespült. Hierin liegt nach seiner Meinung der Grund für die durchweg günstigen Resultate, welche in der Berliner Charité durch die Heisswasserinjektionen bei Metrorrhagieen erzielt wurden. Die Wärme des zur Irrigation benutzten einprozentigen Karbolwassers wird jedes Mal durch das Thermometer bestimmt; es wird 40.5° R. warm in den Irrigator gegossen und fliesst mit etwa 39.5—40.0° R. in die Gebärmutterhöhle ein. Diese Temperatur ist gerade die Gränze, an welcher es noch möglich ist, die nicht besonders abgehärtete Hand längere Zeit im Wasser hin- und herzubewegen, ohne sich zu verbrühen, während allerdings schon ein brennendes Gefühl entsteht; $^1/_2$ Grad mehr überschreitet sofort diese Gränze. Es lässt sich daher im Nothfalle auch eine nicht verwöhnte Hand als Massstab für die erforderliche Wärme des Wassers benützen. Unter 38.5° R. verlor die Ausspülung immer mehr an prompter Wirksamkeit und Sicherheit des Erfolges. Bleibt man in den Gränzen zwischen 38.5—40.5° R., so werden nur sehr empfindsame und ängstliche Wöchnerinnen anfangs über „Verbrennen", Schmerz oder dgl. klagen, sich aber sehr bald durch Zureden beruhigen lassen. Auch durch frische Dammrisse ist Richter bei dieser Temperatur nie gezwungen worden, von den Ausspülungen Abstand zu nehmen. Unter allen Umständen muss man sich vergewissern, dass in der Scheide und in der Uterushöhle keine Blutgerinnsel vorhanden sind. Denn wenn die unter den Gerinnseln fortsprudelnde Quelle der Blutung durch den heissen Wasserstrahl nicht selbst direkt erreicht wird, muss auch der Effekt stets ausbleiben. Bezüglich der Frage, in welcher Weise durch den heissen Wasserstrahl die Blutstillung bewirkt werde, ist Richter nicht geneigt, diese Wirkung auf den Reiz der Wärme und die hierdurch ausgelöste kräftigere Uteruskontraktion allein zurückzuführen. Er nimmt vielmehr an, dass durch die längere Berührung des warmen Wassers mit der ihrer Schleimhaut theilweise beraubten Innenwand der Gebärmutterhöhle eine Art leicht entzündlicher Reizung, eine ödematöse Durchfeuchtung und

Quellung dieser Gewebe, vorzüglich des submukösen, intermuskulären und perivaskulären Bindegewebes hervorgerufen werde, wodurch auch die in demselben verlaufenden Gefässe komprimirt, beziehungsweise ihre Lumina verschlossen werden. (Wiener mediz. Blätter, 1878, Nr. 4.) —

v. Mering und Musculus entdeckten einen neuen Körper im Chloralharne, dessen Nachweis gleichzeitig die viel ventilirte Frage, ob das Chloral seine Wirkung im Organismus einer Spaltung in Chloroform und Ameisensäure verdanke, in einfacher Weise endgiltig entscheidet. Es wurde Urin von Individuen, welche längere Zeit hindurch jeden Abend 5—6 Grm. Chloralhydrat genommen hatten, untersucht. Der Harn, dessen Menge nicht vermehrt war, zeigte stark saure Reaktion und reduzirte alkalische Kupferlösung; Harnstoff und Harnsäure schienen nicht vermindert; weder Chloroform noch Ameisensäure waren darin nachzuweisen, wohl aber zeigte die Hofmann'sche Isocyanphenyl-Reaktion die Gegenwart geringer Mengen Chloralhydrates in demselben an. Zucker fehlte; dennoch zeigte das Sekret deutlich linksseitige Cirkumpolarisation. Um den diese Eigenschaft bedingenden Körper zu isoliren, wurde der Harn mit essigsaurem Bleioxyd gefällt, filtrirt und das Filtrat nochmals mit basisch-essigsaurem Bleioxyd und Ammoniak präzipitirt, sämmtliche Bleiniederschläge durch Schwefelwasserstoff zersetzt und das vom Schwefelblei Abfiltrirte im Polarisationsapparate untersucht. Es fand sich, dass Bleiessig die links polarisirende Substanz des Chloralharns niederschlägt. In grösserer Menge wird sie gewonnen, wenn der Harn mit Schwefelsäure versetzt zur Syrupkonsistenz gebracht und mit einer Mischung aus Alkohol und Aether ausgeschüttelt wird. Nach dem Abdestilliren des Aethers wird mit Kalilauge neutralisirt, eingedampft, der Rückstand in Alkohol von 90 pCt. aufgenommen, das Filtrat mit Aether gefällt, der Niederschlag in Wasser gelöst, in Thierkohle entfärbt und unter Eindampfen das Filtrat zur Krystallisation gebracht, wobei das Kalisalz der neuen Substanz anschiesst. Es muss von Harnstoff und hippursaurem Kali gereinigt werden. Tagelang über Schwefelsäure getrocknet gab die reine Substanz: C 31.6, H 4.36, Cl 26.70. Das Barytsalz enthielt 19.57 pCt. Ba, das Kalisalz 12.56 pCt. K. Hieraus berechnet sich die Formel $C_7H_{12}Cl_2O_6$, welche verlangt C 31.94, H 4.56, Cl 26.50, O 36.50. Das Kalisalz ($C_7H_{11}Cl_2O_6K$) verlangt 12.95 pCt. Kalium, das Barytsalz 20.47 pCt. Baryum. — Die fragliche Substanz, welche die Entdecker „Urochloralsäure" nennen, hat den Charakter einer Säure, bildet sternförmig gruppirte, sehr an Tyrosin erinnernde Nadeln und ist in Alkohol, Aether und Wasser löslich. Mit den Oxyden von Kalium, Natrium, Baryum, Silber und Wismuth liefert sie krystallinische Salze. Ueber 100° erhitzt zersetzt sie sich unter Abgabe von Chlor, dasselbe geschieht unter Bräunung in noch höherem Grade, wenn mit Kalilauge erhitzt wird. Mit Anilin und alkoholischer Kalilauge erhitzt entwickelt die Substanz kein Isocyanphenyl. Die Verfasser glauben, dass diese Säure analog der Bildung der Hippursäure aus der Benzoësäure im Organismus entsteht, indem sich das Chloralhydrat mit Produkten des letzteren verbindet und in dieser Verbindung durch den Harn ausgeschieden wird. Nach Einführung von 5.0—6.0 Chloral enthält der Harn nach der Untersuchung der Verfasser mit dem Soleil-Dubosq'schen Polarimeter auf 1000 Kubik-Cm. etwa 10 Grm. der linksdrehenden Substanz. — Ihre vollständige Bestätigung findet die vorstehende Mittheilung in neueren Versuchsergebnissen des Prof. C. Ph. Falck zu Marburg, welcher die Frage zu lösen suchte, ob der Uebergang des Chloralhydrats wie der des Zuckers in den Harn durch direkte Einspritzung in eine Vene vermehrt wird oder nicht. Zuvor überzeugte er sich davon, dass Chloralhydrat als Chloroform noch in einem Harn nachweislich ist, welcher zwei Prozent Aetzkali enthält (nicht aber bei nur einem Prozent). Wurde nun einer Hündin von 18 Kilogramm Körpergewicht 8.35 Grm. Chloralhydrat auf zwei Male direkt in die Vena jugularis eingespritzt und der Harn des Thieres, welches Mydriasis, Muskelerschlaffung, Somnolenz, Kollapsus, 108 Pulse und 24 Respirationen in der Minute zeigte, so lange gesammelt als er sauer reagirte, so zeigte sich bei der Destillation desselben mit Kalilauge in der Vorlage keine Spur von Chloroform und auch die Hofmann'sche Isonitrilreaktion fiel negativ aus. Von den unter Hervorrufung der charakteristischen Chloralwirkung gereichten, beziehungsweise infundirten 8.5 Chloralhydrat waren demnach auch nicht einmal Spuren in den Harn übergegangen, obschon die Nieren das chloralhaltige Blut in aus-

reichender Menge erhalten hatten. — Gleichwie Mering und Musculus gelangt daher auch Falck zu dem Resultate, dass das Chloralhydrat beim Durchgange durch die Blutbahn in einen Körper verwandelt wird, welcher weder Chloral noch Chloroform ist. Aus dem Urin von Hunden, welche 20 Grm. Chloral in Milch und Zucker eingeführt bekommen hatten, stellte Falck nach Mering's Methode Kalisalze derselben chlorhaltigen Säure, welche der Letztere analysirte, von grosser Reinheit dar. Falck schlägt vor, diese Säure „Chloralursäure" zu nennen. (Schmidt's Jahrbücher der ges. Medizin, 1878, Nr. 2.) —

Einem Vortrage des Prof. Wille zu Basel über die allgemeinen Grundsätze bei der Behandlung der Psychosen entnehmen wir das Folgende: Das erste Erforderniss bei der Behandlung Geisteskranker, d. h. frisch erkrankter, ist Ruhe. Nach den älteren Anschauungen jedoch war es allein die Irrenanstalt, welche dem Irren diese Ruhe schaffen konnte; der Schutz vor Reizen selbst leichtester Art und namentlich auch vor den gewohnten, wie er sie in seinen häuslichen Verhältnissen erfahren hat und wie sie ihn vielleicht erst krank gemacht haben, ist dem Patienten allerdings nur in dem Irrenhause sicher. Deshalb ergibt sich als zweite Forderung die Entfernung aus den gewohnten Verhältnissen, aus dem Hause, aus der Familie. — Indessen wäre es doch zu weit gegangen zu behaupten, dass alle — heilbaren — Geisteskranken in die Irrenanstalten gehören. Es ist im Gegentheile nicht bloss zulässig, sondern sogar geboten, gewisse Geisteskranke in privaten Verhältnissen, ausserhalb der Anstalt zu behandeln. Allein dies nur unter den Bedingungen, dass 1) der behandelnde Arzt es versteht, mit Geisteskranken umzugehen, und 2) dass die häuslichen oder privaten Verhältnisse für den Zustand der Kranken auch passend sind oder passend hergerichtet werden können. — In ersterer Hinsicht ergibt sich die Forderung, dass die Studirenden der Medizin sowohl theoretisch als praktisch Psychiatrie lernen können, wie dies z. B. in der Schweiz der Fall ist. In zweiter Beziehung ist es zunächst Thatsache, dass jeder Irre unter Umständen gefährlich werden kann; er bedarf daher einer Umgebung, die ihn beaufsichtigen und nach ärztlicher Anordnung leiten kann. Die häuslichen Verhältnisse müssen ferner einen gewissen Grad von Isolirung erlauben können, so dass er aufregenden Einwirkungen entzogen werden kann. Sehr wichtig ist auch die Möglichkeit, den Kranken im Hause baden lassen zu können. Nur dann, wenn in den häuslichen oder Familienverhältnissen die Ursache der Erkrankung zu suchen ist, ist auch unter solchen Verhältnissen von privater Behandlung abzusehen. Ferner ist davon abzustehen, wenn der Kranke entschiedene Neigung zeigt, sich oder seiner Umgebung zu schaden, zu alkoholischen oder sexuellen Exzessen und besonders zu Selbstmord geneigt ist oder Nahrungsverweigerung zeigt. Ferner dann, wenn der Arzt glaubt, nicht ohne Zwangsmittel durchzukommen, oder der Kranke in protestirender Weise unaufhörlich lärmt und tobt. Ausgeschlossen müssten ferner von vornherein unheilbare sowie solche Kranke sein, bei welchen ein chronischer Verlauf der Erkrankung zu erwarten ist. Endlich ist eine private Behandlung dann zu widerrathen, wenn die den Kranken umgebenden Personen eine hochgradige psychopathische Anlage zeigen und dadurch in Gefahr gerathen, selbst zu erkranken. — Es gibt übrigens eine Menge psychischer Krankheitsprozesse, welche in akuter Weise und rasch ablaufen, so die transitorischen Psychosen, welche auf Grundlage von Epilepsie und Hysterie, von Alkoholvergiftung, nach fieberhaften (somatischen) Krankheiten entstehen, sowie ferner die symptomatischen Delirien, melancholische und maniakalische Erregungszustände, Fälle primärer Verrücktheit, welche der oft weitläufigen Aufnahme in Irrenanstalten nicht erst bedürfen. — Die meisten psychischen Krankheiten können ohne Schaden zunächst auch nur versuchsweise in Privatverhältnissen behandelt werden. Nur muss dann vor einer schwächenden Behandlung dringend gewarnt werden, die so oft eingeschlagen wird, wenn Röthung des Gesichtes, heisser Kopf, injizirte Konjunktiva, Beschleunigung des Pulses, klopfende Karotiden und verstärkte Herzaktion vorliegen. Blutentziehungen und strenge Diät sind hier entschieden zu vermeiden und tragen zur Verschlimmerung des Krankheitsverlaufes insoferne bei, als dieser oft aus einem akuten ein chronischer oder auch unheilbarer wird. Es ist dies eine häufige Erfahrung, welche die Irrenanstalten zu machen haben. Eben so schlimm wirken rohes Verfahren oder Misshandlung der Irren. — Die Behandlung

der Irren wird von Alters her in eine psychische und somatische eingetheilt. Die psychische Behandlung besteht in der richtigen taktvollen, je nach der Individualität modifizirten Art und Weise, wie sie nicht gelehrt, sondern nur im Umgange mit Geisteskranken erworben werden kann. Bei der somatischen Behandlung ist man oft in die Extreme gerathen. Wenn einzelne Anstalts-Irrenärzte ganz von Medikamenten Abstand genommen haben, haben wieder andere solche im Uebermasse gebraucht, namentlich die Narkotica. Wieder ein verdienstvoller deutscher Irrenarzt hat den Grundsatz aufgestellt und durchgeführt, die Geisteskranken ganz wie andere Kranke im Bette zu behandeln, sie durch diese Lagerung zu heilen. Doch ist dies nach Wille zu weit gegangen: denn wenn auch ein fieberhafter Kranker im Bette liegen muss, so ist dies doch nicht mit dem Irren, der in Folge seiner speziellen Hirnkrankheit die Ruhe im Bette nicht findet. Es führt aber auch schliesslich dieses Verfahren in seiner letzten Konsequenz dahin, einen Irren nackt in einer Zelle, mit Seegras am Boden, zu isoliren und ihn machen zu lassen was er will. — Specifica gegen die Geisteskrankheit gibt es nicht, wie als solche bekanntlich im Alterthum die Wurzel von Ancyra, die Nieswurz — Helleborus und Veratrum — berühmt war. Möglich, dass deren Wirkung in ihren drastischen Eigenschaften beruhte. Ueberhaupt haben ja die Abführmittel eine verbreitete Anwendung gefunden. Ebenso wurde später der Brechweinstein empfohlen. Vor Allem aber war es, auch schon im Alterthum, das Opium, das seiner narkotisirenden Wirkung wegen viel angewendet wurde. Mit Recht wird aber das Opium auch jetzt noch gebraucht und erklärt es der Verfasser nach 20jähriger Praxis für dasjenige Mittel, von welchem er den grössten Schaden und den grössten Nutzen gesehen habe. Am meisten findet das Opium seine Indikation bei erethischen anämischen Kranken, sogenannten nervösen Konstitutionen, bei hysterischer Grundlage, beim Auftreten quälender Empfindungen in den verschiedensten Körpertheilen, ohne dass man dabei auf die psychische Erkrankungsform besonders grosse Rücksicht zu nehmen braucht. Das Opium wirkt dann im Allgemeinen beruhigend, es vermindert die lästigen Sensationen, welche so oft bei Psychosen vorkommen und Angstzustände erzeugen. Opium macht Schlafneigung und wirklichen Schlaf, regulirt Appetit und Verdauung. Doch muss es nur in grossen Dosen und nur ganz successive gegeben werden. Auch bei Monate lang dauernder Behandlung mit Opium sah Wille keine schlimmen Folgen, wie sie so oft nach Morphium zu beobachten sind, durch welches man das Opium ja von vielen Seiten zu ersetzen sucht. — Von günstiger Wirkung sind ferner allgemeine Bäder oder — namentlich in psychischen Erregungszuständen — methodische 2—3stündige allgemeine Einwicklungen in — in lauwarmes Wasser getauchte — Leintücher. — Dazu gehört kräftige Ernährung. Um den oft so sehnsüchtig verlangten und heilsamen Schlaf zu erzielen, dient ausser den Bädern und Einwicklungen und dem methodischen Opiumgebrauch die Verabreichung von Chloral, Bier, Wein, Bromkalium. Grössere Chloraldosen (über 1.0—2.0), lange Zeit fortgesetzt, schaden indessen mehr als sie nützen, ähnlich wie das Morphium. Die Beschwichtigung sexueller Reize wird durch Bromkalium in Verbindung mit lauen Lokalbädern, Vaginaldouchen am besten bekämpft, während man früher Lupulin und Kampher gebrauchte. — Die weiteren speziellen Indikationen ergeben sich aus allgemeinen medizinischen Gesichtspunkten, nicht aus speziell psychischen. (Berl. klin. Wochenschr. XV 3 1878.) —

Ausgehend von der Frage, ob das harnstoffreiche Blut der Nephritiker abweichende Strömungsgeschwindigkeiten von dem anderer Individuen aufweist, unternimmt C. A. Ewald eine grössere Reihe von Versuchen über die Ausflussgeschwindigkeit aus gläsernen Kapillarröhren unter verschiedenen Bedingungen — Versuche, welche als Transspirationsversuche zusammengefasst werden. Ein eigens für diesen Zweck konstruirter Apparat zeigt zunächst bei mit Wasser ausgeführten Versuchen, dass in Uebereinstimmung mit dem Poisseuille'schen Gesetze die Ausflussmengen sich verhalten wie die vierten Potenzen der Kapillarröhrendurchmesser, woran sich die Ermittelung der Ausflussgeschwindigkeit, der Transspirationszeit, anschliesst. Es stellte sich nun zunächst heraus, dass defibrinirtes Blut jenem Gesetze nicht mit voller Schärfe folgt, doch erscheinen dem Verfasser die Abweichungen nicht so gross, um nicht auch für das Blut dessen Giltigkeit annehmen zu können. Es ergibt sich weiter, dass die Transspirationszeit mit

steigender Temperatur abnimmt und zunimmt mit der Zeit, welche von der Blutentziehung bis zur Anstellung des Versuches verstrichen ist; ferner wächst die Transspirationszeit mit steigendem spezifischem Gewichte und sinkt mit steigendem Wassergehalte des Blutes. — Blut, welchem gewisse Zusätze, wie Harnstoff, Kohlensäure u. A., beigemengt waren, zeigt eine Veränderung der Transspirations-Geschwindigkeit und zwar ist dieselbe unzweifelhaft verlangsamt bei Zusatz von Kohlensäure, Nikotin, Chloral und Aether, während bei Zusatz von glykocholsaurem Natron in kleinen Mengen ebenfalls eine Verlangsamung, bei grösseren aber eine Beschleunigung dieser Geschwindigkeit eintritt. Gibt man zu dem Blute schwefelsaures Chinin, Kurare oder Phosphorsäure, so wird die Transspirationszeit vermehrt. Werden diese Zusätze zu reinem Serum gemacht, so wird eine Veränderung der Transspirationszeit niemals beobachtet. Den Grund dieses Unterschiedes sucht Ewald in der Verschiedenheit der inneren Reibung des Blutes, die beim Zusatze jener Substanzen, namentlich im Hinblicke auf die dabei zu Stande kommende Veränderung der Blutkörperchen, sich entwickelt. Eine Verringerung der Transspirationszeit konnte nur in einer Versuchsreihe angestellt werden, die mit gefrorenem und wieder aufgethautem Blute unternommen wurde. — Was die letzte Versuchsreihe betrifft, welche insbesondere den Verf. selbst interessirte, so stellte sich heraus, dass zwar das Blut verschiedener Individuen verschiedene Transspirationszeiten braucht, dass aber keine Beziehung herauszufinden ist zu den verschiedenen pathologischen Prozessen. (Dubois-Reymond's Archiv, 1877, S. 208.)—

Die Veränderungen des Blutes im Fieber haben sich die DD. Mathieu und Maljean zum Gegenstande ihres Studiums gemacht. Dieselben nehmen mit Hirtz eine angeblich konstante, wenn auch bisher nicht erwiesene Veränderung des Blutes als Ursache des Fiebers an und suchen des Genaueren zu bestimmen, welcher Art diese Blutabnormität sei. Sie kommen auf Grund klinischer und experimenteller Erscheinungen zu dem Schlusse, dass die Blutkörperchen in der Weise erkrankt sind, dass ihre Fähigkeit, den Sauerstoff zu binden, vermindert ist. Während nämlich das gesunde Blut 22—27jähriger Individuen, der Luft ausgesetzt, im Mittel 23 pCt. Sauerstoff aufnimmt, als Maximalwerth sogar 27 pCt. absorbiren kann und nur bei Anämischen 21 pCt. enthält, hat die respiratorische Kapazität des Blutes Fiebernder eine erhebliche Verminderung erfahren. Ist das Fieber leicht, so geht diese Abminderung von 21 pCt. der Norm auf 18 pCt., handelt es sich um schwerere Anfälle, so sinkt die Kapazität für Sauerstoff auf die Hälfte, selbst auf ein Dritttheil der Norm. Dieser Zustand erscheint gleich im Beginne des Fiebers und ist unabhängig von mässigen Blutentleerungen wie von der Fieberdiät; er dürfte mehr von einer Veränderung des Stroma der rothen Blutkörperchen als von einer Verminderung der Zahl derselben abhängen. Bei Thieren, welchen auf künstliche Weise Fieber erzeugt wurde, fanden sich die gleichen Verhältnisse wie beim Menschen. Auch hier liess sich eine Abnahme der respiratorischen Kapazität um zwei bis drei Zehntheile gegen die Norm nachweisen. Auf Grund eines Versuches wird weiter angenommen, dass die Veränderung des Blutes schon vor Beginn der Temperatursteigerung vorhanden sei. Versuche mit Einführung von Wasser und gefrorenem und wieder aufgethautem Blute in den Kreislauf sollen endlich zeigen, dass die Bluterkrankung, welche dem Fieber vorangeht, auch dessen Ursache sei. Die pyrogenen Stoffe sind demnach solche, welche zuerst auf die Blutkörperchen wirken, und es entsteht jedes Mal Fieber, sobald die Blutkörperchen unfähig sind, das normale Mass von Sauerstoff zu fixiren. Und dennoch ist nach den Verfassern die Oxydationsthätigkeit im Organismus während des Fiebers vermehrt, wie auch aus der Bestimmung des Verbrauches der Sauerstoffmengen im Fieber hervorgeht, welche die Verfasser vorgenommen haben. Sie zeigen, dass das Totalgewicht der Sauerstoffmengen, welche im Fieber verbrannt werden, 0.1—0.5 mehr als in der Norm beträgt. Und zwar erreicht der Sauerstoffverbrauch im Stadium der Zunahme des Fiebers sein Maximum, während der Abnahme desselben, zu einer Zeit aber, in welcher noch Temperaturerhöhung besteht, wird die Sauerstoffaufnahme wieder normal, während die Ausscheidung der Kohlensäure zunimmt. (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1878.) —

Böhm und Hoffmann untersuchten den Zuckergehalt von Blut, Leber und

Muskeln bei Katzen, die vor den Untersuchungen mit Fleisch gefüttert worden waren, und fanden Folgendes: 1) Im Blute schwankten die absoluten Zuckermengen zwischen 0.1 und 0.7 Grm. Nach 8tägigem Hungern machte sich eine Abnahme des Zuckers im Blute bemerkbar. Thiere, welche den Hungertod gestorben waren, hatten zuckerfreies Blut. 2) In der Leber fand sich bei 29 Bestimmungen eine zwischen 0.2 und 0.7 Grm. schwankende, auf 1 Kilogramm Katze berechnete Zuckermenge. Nach dem Tode nahm der Leberzucker zu. Das durchschnittliche Verhältniss des Leberzuckers zum Körpergewichte betrug 0.53, der durchschnittliche Zuckergehalt der frischen Lebern 1.42 pCt. Der Zuckergehalt der Lebern stand in keinem Verhältnisse zu der Glykogenmenge derselben. Der Glykogengehalt der Lebern schwankte zwischen 1.4 und 10.9 pCt. der frischen Lebern. Im Allgemeinen hatten glykogenreiche Lebern ein hohes Gewicht. Ihr Gewicht selbst betrug $^1/_{16}-^1/_{24}$ des ganzen Körpergewichtes. Glykogenreiche Lebern pflegten voluminöser, weicher und heller zu sein als glykogenarme. Magere Katzen zeigten mehr Glykogen in der Leber als fette. 3) Das Muskelgewebe enthielt 0.1—0.3 pCt. Glykogen. 4) In sechs Versuchen wurden Blut, Leber und Muskeln auf Zucker untersucht. Hier konnte als Gesammtkohlehydratbestand des Katzenkörpers ein Vorrath von 1.5—8.5 Grm. pro Kilo Katze festgestellt werden. — In einer zweiten Abhandlung berichten die Verfasser, dass Katzen beim Aufbinden diabetisch werden = „Fesselungsdiabetes". Die Dauer desselben beträgt 3—13 Stunden. Der Zuckerverlust durch den Harn betrug 0.5—7.0 Grm. Trotz dieses Verlustes zeigte sich bei einigen Thieren der Kohlehydratbestand nach dem Ablaufe des Diabetes in 7 Versuchen = 0.56—2.8 pro Kilo Katze. Der Zuckergehalt des Blutes war in drei Fällen von Diabetes sehr wenig gesteigert. Böhm und Hoffmann überzeugten sich schliesslich, dass starke Abkühlung und energische sensible Reize schon häufig allein, namentlich bei schwachen Thieren, Diabetes erzeugen können. (Arch. f. experim. Path. u. Pharm., Bd. VIII, 1878.) —

Die psychische Epilepsie ist nach J. Weiss (Psychiatrische Studien aus der Klinik des Prof. Leidesdorf. Wien, 1877) eine Erkrankungsform besonderer Art und stellt typisch verlaufende, Krampfanfälle supplirende Psychosen dar, die zu Krämpfen in keinerlei Beziehung stehen und mit diesen auch nichts zu thun haben. Charakterisirt ist die Geisteskrankheit durch den plötzlichen unvermittelten Ausbruch; sofort oder innerhalb weniger Stunden wird der Höhepunkt erreicht, dann schneller Abfall, sofort vollkommene psychische Restitution; die periodische Wiederkehr der Störung in derselben Form und mit demselben Inhalte, das Nichteintreten einer sekundären Psychose oder merklichen geistigen Abschwächung. Vier Fälle werden angeführt. Patient 1 läugnet, je Krampfanfälle gehabt zu haben. Er erleidet häufige Anfälle von 2—3 Tage dauernder geistiger Verwirrung, ist dabei benommen und hochgradig tobsüchtig, spürt eine kurze Aura, nachher psychisch vollkommen restituirt hat er über den Anfall völlige Amnesie. Patient 2 leidet seit 30 Jahren an Zuständen von Schwindel, Angst und Benommenheit. Jetzt sind Anfälle von jammerndem Umherlaufen beobachtet, in welchen er gewaltthätig wird, Feuer, Brand schreit; Dauer 1—2 Tage. Patientin 3 ist regelmässig 2—3 Tage vor eintretender Menstruation ängstlich, traurig verstimmt, dann bricht volle Tobsucht aus, welche nach 2—3 Tagen einem klaren Zustande weicht. Im 4. Falle hat ein Knabe oft mehrmals am Tage, oft nur alle 8 bis 14 Tage, Zustände von kurzdauernder Angst; es erscheint ihm eine Gestalt, die er erschlagen zu müssen glaubt, während der Zeit ist er abwesend, nach 1—2 Minuten kehrt das Bewusstsein wieder. Hier traten nach 3 Monaten erst kurzdauernde Anfälle von Stupor, dann wirkliche epileptische Anfälle mit tonischen und klonischen Krämpfen nach den oben geschilderten psychischen Erscheinungen auf. Weiss erklärt dies als eine Umwandlung der früher bestandenen Psychose in Epilepsie mit Krampfanfällen. —

Wie lange sollen Wöchnerinnen das Bett hüten? — Veranlasst durch die im Jahre 1874 veröffentlichten Ansichten des Prof. William Goodel zu Philadelphia, der die Wöchnerin schon vom zweiten Tage an in einem Stuhle sitzen und am fünften Tage aufstehen und gehen lässt, wenn sie es wünscht, und der bei dieser Methode unter 756 Entbindungen nur 6 Todesfälle beobachtet hat, bespricht H. J. Garrigues zu Brooklyn

die Ansichten hervorragender Geburtshelfer der Jetztzeit und findet, dass Scanzoni, Spiegelberg, Schröder, Bischoff, Barnes, Playfair, Gallard, alle die horizontale Bettlage während der ersten 8 bis 14 Tage nach der Entbindung empfehlen. Ferner führt er die Untersuchungen Hecker's, Heschl's, Boerner's und Serduff's über Mass und Gewicht des puerperalen Uterus an, nach welchen am Ende der ersten 14 Tage der Uterus noch 9—12 Ctm. lang und 10—11 Unzen schwer ist; am Ende der zweiten Woche ragt der Uterus noch 5.2 Cm., am 22. Tage 4.6 Cm. über die Symphyse und wiegt zur letztgenannten Zeit 5—7 Unzen. Erst zu Ende des zweiten Monats hat er sein normales Gewicht von etwa $1^1/_2$ Unzen erreicht und nur, wenn er nicht mehr als 3 Cm. über die Symphyse emporragt, hat er seine natürliche Stellung eingenommen. Verf. schliesst daher, dass es vorzuziehen ist, die Wöchnerinnen so lange im Bette zu halten bis der Fundus uteri fast hinter der Symphyse verschwunden ist, also etwa bis Ende der zweiten Woche. Während der dritten Woche soll die Wöchnerin noch den grössten Theil des Tages auf dem Sopha zubringen. (Proc. med. Soc. of the County of Kings, New-York, Okt. 1877.)

Der Dresdener Jahresbericht f. Natur- und Heilkunde pro 1877 S. 41 enthält eine Arbeit von Oehme über das Erythema nodosum. Unter 18 Kranken, welche mit diesem Leiden behaftet waren, befanden sich 17 Frauen und nur ein Mann. Das Alter schwankte zwischen 16 und 27 Jahren, nur eine Patientin war 54 Jahre alt. Bei 16 Fällen war Fieber deutlich wahrnehmbar; meist Febris remittens, der Abfall lytisch. Das Vorhandensein eines Prodromalfiebers von 2—8tägiger Dauer sowie die oft zu beobachtende Disproportion zwischen Fieber und Lokalerscheinung scheinen dem Verf. dafür zu sprechen, dass das Fieber nur in beschränkter Weise von der örtlichen Affektion abhängig ist. Als Komplikation traten Schmerzhaftigkeit der Gelenke, Anschwellung derselben, manchmal das Bild des Rheumatismus acutus hervor. Endokarditis wurde nie gesehen. Ein Fa schliesst sich an die von Uffelmann b schriebene „ominöse Form des Erythema n dosum“ an. Er betraf ein aus gesunder Fa milie stammendes $15^3/_4$jähriges, etwas anä sches Mädchen, welches sechs Wochen n einem abgelaufenen typischen Erythema n dosum tuberkulös zu Grunde ging. Im Fo laufe des Erythema war ein Bronchialkatar entstanden, welcher vollständig schwand. S dann trat eine Meningitis tuberculosa u allgemeine Miliartuberkulose auf und die Se tion zeigte fast sämmtliche Organe davon b troffen. Verf. konnte die von Uffelma für die von ihm „ominös“ genannte Fo angegebenen differentiell-diagnostischen Mo mente nicht bestätigen. — So unschuldig d Erythema nodosum bei kräftigen, heredit nicht belasteten Personen ist, so verdächt und beunruhigend ist es nach Oehme b den aus tuberkulösen Familien stammend zarten anämischen Individuen. —

Nach M. E. Bouchut lässt sich die beste Analyse der Milch in Bezug au ihre Qualität mit dem Mikroskop machen, unter welchem man die die Butt repräsentirenden Milchkügelchen zählt. Ob wohl ein Tropfen Milch zur Analyse genügt, muss man das Mittel von mindestens fünf a demselben Tage entnommenen Proben (à 3.6 bis 4.0) nehmen, von deren jeder ein Tropfen untersucht wird, da die Zusammensetzung der Milch, selbst bei derselben Frau, sehr wechselt. In guter Milch müssen sich in einem □-Mm. 800,000—1.000.000 Milchkügelchen finden, d. h. 200 Milliarden und 600 Millionen in einem Liter. Ob die Milch in genügender Quantität vorhanden ist, lässt sich am besten aus genauen Wägungen des Kindes vor und nach dem Stillen beurtheilen. (Gaz. méd. de Paris, 1877, 47.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 20. *Erlangen*, am 18. Mai 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von 4 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber die Methode des antiseptischen Verfahrens bei bereits bestehender Sepsis. Laparotomie gegen akute Darm-Obstruktionen und Intussuszeption. Ueber chronische Tabakvergiftung. Zur Aetiologie akuter Entzündungen. Ueber idiopathische Schleimhaut-Plaques der Mundhöhle.

Den Mittheilungen des siebenten Kongresses r deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu erlin entnehmen wir folgenden von Prof. önig aus Göttingen am ersten Sitzungstage, n 10. April 1878, gehaltenen Vortrag Ueber die Methode des antiseptichen Verfahrens bei bereits betehender Sepsis". Das Lister'sche erfahren ging zunächst von der einfachen oraussetzung aus, Schädlichkeiten von frihen Wunden ferne zu halten, und nachdem sich erst bei letzteren in der ganzen irurgischen Welt eingebürgert hatte, schritt n mit demselben auf das Gebiet der Entndungen über. Man behandelt gegenwärtig t Glück Eiterungen in serösen Höhlen, in n Gelenken, ja man ist übergegangen zur nwendung der antiseptischen Methode bei reits infizirten Wunden, nicht bloss leich-, sondern auch der schwersten Formen, enso bei solchen Entzündungen und Eitergen, und hat sich die Aufgabe gestellt, rge zu tragen, dass die Fäulniss wenigstens ine Fortschritte mache. König glaubt nig Neues durch seinen Vortrag zu bringen, ichte aber doch an einzelnen Beispielen gen, was zur Zeit die Lister'sche Methode leisten vermöge. Von den eiterigen Prosen war bisher eine Crux medicorum die erige Entzündung der Sehnenscheiden, bei den früheren Prinzipien der Wundbeandlung gewöhnlich mit Nekrose der Sehnen d des Karpus, zum mindesten mit einer nktionsstörung der Hand und des Armes deten, gegenwärtig aber unter dem Lister'schen Verbande ohne jegliche Herabsetzung der Funktion und ohne Nekrose der erwähnten Gebilde ausheilen. Dafür liefert ein Beispiel eine Leicheninfektion bei einem Assistenten, bei welchem nach einer Verletzung am Daumen sich eine Phlegmone des Vorderarmes entwickelt hatte. König sah den Kranken am dritten Tage und zwar mit hohem Fieber. Nach breiter Inzision am Daumen, die am nächsten Tage bis zum Schleimbeutel am Karpus erweitert wurde, und Auswaschung mit starker Karbolsäurelösung war die Krankheit so gut wie abgeschnitten und die Heilung kam zu Stande ohne Nekrose der Sehnen mit vollständiger Erhaltung der Funktion. In der allerletzten Zeit kam eine Kranke auf die Klinik, welche nach einem Stiche in die Hand eine Phlegmone des Karpusschleimbeutels und sämmtlicher Sehnenscheiden bekam. Auch hier wurden zahlreiche Einschnitte gemacht, die Sehnenscheiden ausgewaschen, mit Drains versehen und mit zwei Verbänden gelang eine absolute Heilung. Nach acht Tagen war bereits eine Bewegung der Finger möglich. Die kummervolleren Bilder der Phlegmone sind die, bei welchen sich bereits Fisteln gebildet haben und Nekrosen entstehen mit Funktionsstörungen der Hand. Bei diesen Fällen kann man mit der antiseptischen Methode retten, was zu retten ist. Hier genügt das Auswaschen nicht immer; es ist vielmehr zuweilen nach kräftiger Spülung die permanente Irrigation nothwendig, zu deren Herstellung König vermittelst eines Hahnes den Flüssigkeitsstrom so regulirt, dass er tropfenweise

ausfliesst. Die stinkende Eiterung und das Fieber lassen dabei nach. Natürlich muss man nach Aufhören der permanenten Irrigation den antiseptischen Verband fortsetzen. — In Betreff der Empyeme geht der Vortragende abweichend von dem gewöhnlichen Verfahren und ganz wie bei Kniegelenk-Eiterungen vor. Es ist zu verwundern, dass in der ganzen chirurgischen Literatur nur eine Schrift von Baum in Danzig sich in gleicher Weise ausspricht. König will die Frage der Zulässigkeit resp. Nothwendigkeit der Rippenresektion dabei nicht erörtern. Dass er im folgenden Falle dieselbe ausführte, ist zu erklären aus den kleinen Räumlichkeitsverhältnissen bei einem Kinde, welche die Einführung eines Drainrohres auf keine andere Weise gestatteten. Hier wurde also nach einer Rippenresektion ein starkes Drainrohr eingelegt und die Höhle mit starker 5proz. Karbollösung ausgespült. Das Sekret wurde darauf ganz gering. Die eiterige Beschaffenheit verlor sich und bald floss nur noch ein wässeriges Exsudat aus. — Eine andere Frage ist die: wie behandelt man bereits schwer infizirte Verletzungen? — In dieser Beziehung liefert der Vortragende das Beispiel der Heilung einer septischen Phlegmone, die nach einer durch einen schweren Stein erzeugten Durchstichsfraktur der rechten Tibia und des rechten Femur bei einem Patienten hervorgerufen wurde. Die Gewebe am Unterschenkel waren vollkommen jauchig infiltrirt, emphysematös, ebenso waren die Muskeln an der Aussenfläche des rechten Oberschenkels bis zum Hüftgelenke zertrümmert, und dieser Befund indizirte die hohe Oberschenkel-Amputation, welche unter strengen antiseptischen Kautelen ausgeführt wurde. Die Wunde wurde mit Karbolsäure überschwemmt und der antiseptische Verband in der Weise angelegt, dass kein Protektiv angewendet wurde, vielmehr gleich reichlich Gaze und darüber der Lister'sche Verband. Nach 24 Stunden wurde der Verband erneuert und es fand sich Fäulnis nur an der äusseren Seite, woselbst die Muskeln hoch hinauf zerquetscht waren. Nach tiefer Spaltung und Entfernung des Muskeldetritus sowie wiederholter gründlicher Desinfektion nahm die weitere Heilung einen rein aseptischen Verlauf ohne jegliches Fieber. Ein zweiter Fall betrifft ein rhachitisches Kind mit Keilosteotomie der Tibia wegen Verkrümmung. Trotz der antiseptisch ausgeführten Operation und trotz des Lister'schen Verbandes zeigte sich auf der Schienbein-Wunde eine breite Hautgangrän von mindestens Zweithalergrösse. Die putride Haut wurde sofort abgeschnitten und von der fibularen Wunde aus spaltete König ein grosses Stück neben der Tibia, weil er aus Erfahrung weiss, dass die Phlegmone rings um die Fibula im Muskeltrichter ganz enorm leicht zu den schwersten Erscheinungen führt. Dann wurden die Wunden ausgewaschen, auf die Schienbeinwunde ein Bausch von Baumwolle aufgelegt, der in Karbolöl getaucht war, und in den Hohlraum eine starke Chlorzinklösung eingespritzt. Darauf blieb die Tibiawunde vollkommen aseptisch und nach sechs Tagen war kein Fieber mehr vorhanden. — Für das antiseptische Verfahren bei bereits bestehender Sepsis hält der Vortragende folgende Gesichtspunkte für wesentlich: Zunächst Entfernen der nekrotischen Partieen, dann rücksichtsloses Blosslegen des affizirten Gewebes und nun streng antiseptische Behandlung. Die Theile müssen mit starker Karbolsäurelösung vollständig überschwemmt werden. Er fürchtet eine Karbolvergiftung nicht. Er sah ausser Karbolharn wohl leichtes Uebelbefinden, Erbrechen und auch schwerere Formen der Vergiftung, aber niemals Erscheinungen, welche die Besorgniss eines tödtlichen Ausganges erwecken konnten. Der Verband muss dann recht häufig gewechselt werden. Protektiv anzuwenden ist unnöthig. König kennt kein der Karbolsäure gleichwerthiges Mittel, hat aber über das Thymol keine Erfahrung. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, 17.)

Das Amer. Journ. N. S. CXXXV p. 48 bringt eine Abhandlung von Dr. John Ashhurst über die Laparotomie als Mittel gegen akute Darm-Obstruktionen und speziell gegen Intussuszeption. Derselbe hatte sich in seinem Lehrbuche (1871) gegen den Bauchschnitt bei Fällen von Invagination oder Intussuszeption der Gedärme ausgesprochen, hat nun aber in Folge der Veröffentlichung von J. Hutchinson vom Jahre 1873 den Gegenstand nochmals einem sorgfältigen Studium unterworfen und dabei die Ueberzeugung gewonnen, dass man die Operation für solche Fälle nicht gänzlich verwerfen darf. Zunächst betrachtet er die Fälle, in welchen die Laparotomie gegen Intussuszeption gemacht wurde und von welchen er in einer Tabelle 13 zusammenstellt,

darunter 5 mit dem Ausgange in Heilung. Er definirt hiebei die Enterotomie als eine Operation, deren Zweck die Bildung eines künstlichen Afters ist und die Kolotomie als eine am Kolon gemachte Enterotomie, die von vorne oder von hinten her gemacht werden kann; die Laparotomie ist als eine Explorativ-Operation aufzufassen, mit welcher eine Inzision der Därme verbunden sein kann oder nicht. Im ersteren Falle wird diese Operation von einigen Autoren als Laparo-Enterotomie bezeichnet. Die Laparotomie soll nach dem Zeugnisse von Caelius Aurelianus zuerst von Praxagoras in Kos gemacht worden sein, doch ist dies zweifelhaft; dann soll die Operation zu Ende des 17. Jahrhunderts zunächst zur Ausführung gelangt sein. Zusammenstellungen über derartige Fälle sind früher schon von Adelmann und Leichtenstern gemacht worden. Obgleich die Statistik der geringen Zahl der Fälle wegen aus diesen Zussmmenstellungen keine grossen Schlüsse ziehen können wird, so lässt sich dennoch beurtheilen, wann die operative Behandlung bei Intussuszeption in Anwendung zu ziehen ist. Zunächst zeigen die betreffenden Tabellen, dass man die Operation nie bei ganz kleinen Kindern machen soll, da alle im ersten Lebensjahre derselben Unterworfenen starben. Da nach Pilz's Zusammenstellung unter 162 bei Kindern vorgekommenen Fällen von Intussuszeption 91 auf das erste Lebensjahr trafen, so sieht man schon hieraus, für welch' eine grosse Zahl von Fällen die operative Behandlung als ungeeignet betrachtet werden muss. Die Mortalität an Intussuszeption ist bei Kindern ganz ausserordentlich gross, nach Leichtenstern = 86 pCt. Ferner ergibt sich aus den vorliegenden Zusammenstellungen, dass in allen akuten Fällen, in welchen neben den Zeichen der Obstruktion sich deutlich Symptome von Strangulation erkennen lassen, wie Peritonitis und Darmblutung, ein operativer Eingriff von keinem Nutzen sein wird. Es bleibt also nur eine beschränkte Anzahl von Fällen bei Erwachsenen oder wenigstens bei nicht zu jungen Kindern übrig, bei welchen lediglich die Symptome von Obstruktion, nicht aber von Peritonitis oder Darmblutung vorhanden sind, in welchen, wenn alle anderen Mittel versagen, die Operation in's Auge gefasst werden muss. Hier muss aber der Bauchschnitt der Enterotomie oder Kolotomie vorgezogen werden; diese könnten bestenfalls nur eine vorübergehende Erleichterung verschaffen und haben nach Verfassers Ansicht sich nicht von dauerndem Werthe bei Intussuszeption erwiesen, während die Laparotomie nach ihm in fünf Fällen sich als erfolgreich erwiesen hat. Wann man mit Medikamenten und Klystiren aufhören und zur operativen Behandlung der Intussuszeption übergehen solle — dieser Zeitpunkt lässt sich noch nicht mit völliger Bestimmtheit angeben. — In einem folgenden Abschnitte bespricht Ashhurst die Resultate der Laparotomie bei Intestinal-Obstruktion aus anderen Ursachen als wegen Intussuszeption. Ueber diese Frage sind schon eingehende Untersuchungen von Phillips, Delaporte, Whitall und Adelmann angestellt worden. Der Letztere sammelte in einer Tabelle 33 Fälle, von welchen jedoch fünf Intussuszeption betreffen. Verfasser hat 57 Fälle gesammelt, in welchen Laparotomie wegen Obstruktion im Darme ausgeführt wurde. Von diesen 57 Fällen nahmen 18 den Ausgang in Genesung, so dass sich die Sterblichkeit auf 68 pCt. stellt. Aber die Aussichten auf Heilung ohne Operation sind bei diesen Fällen noch geringer als bei Intussuszeption; in solchen Fällen, wie bei Strangulation durch ein fibröses Band, oder wenn ein Stück Darm durch einen Riss im Mesenterium getreten ist, kann dem Patienten nur durch einen operativen Eingriff Hilfe gebracht werden. Ist es bei akuter intestinaler Obstruktion nicht gelungen, binnen 3—4 Tagen durch eine rationelle innerliche Behandlung Hilfe zu schaffen, so muss man an eine Operation denken. — Aus den erwähnten und im Originale genauer zu ersehenden Fällen ergeben sich folgende Gesichtspunkte für das therapeutische Verfahren: 1) Es gibt die bisherige Erfahrung keinen Anhaltspunkt für operative Eingriffe wegen Intussuszeption bei Kindern, die noch nicht ein Jahr alt sind. 2) Wenn Symptome vorhanden sind, namentlich Darmblutung, aus denen auf Eiterung der invaginirten Darmportion gerechnet werden kann, soll man keine Operation machen, da mit Sicherheit ein Misserfolg zu erwarten ist, während bei Eiterung des invaginirten Darmtheiles eine spontane Heilung eintreten kann. 3) Hat man sich zu einer Operation entschlossen, so soll man der Laparotomie den Vorzug vor der Enterotomie und Kolotomie geben; diese Operationen, deren Berechtigung für kongenitale und chronische Obstruktion zugestanden werden muss, sind für Fälle von Intussus-

zeption und andere akute Obstruktionen nicht geeignet. 4) Sollten in Fällen von akuter Darmobstruktion — aus anderen Ursachen als Intussuszeption — die anderen Mittel in der Zeit von 3—4 Tagen versagen, so soll man ohne Zaudern die Laparotomie machen und kann für eine gewisse Zahl von Fällen auf Erfolg rechnen. —

Die Folgen des gewohnheitsmässigen Tabakgenusses — chronische Tabakvergiftung — sind nach Dr. F. Dornblüth (Volkmann's Samml. klin. Vorträge, Nr. 122) theils örtliche, theils allgemeine. Erstere sind lediglich als Folgen einer lokalen Reizung durch die gebrauchten Tabakpräparate und deren Verbrennungsprodukte sowie der Art und Weise oder der Mittel des Genusses anzusehen und dürfen kaum als Vergiftungssymptome bezeichnet werden. Letztere zeigen dagegen alle Charakteristika der langsamen Intoxikation; die Gewöhnung an das Gift und das mehr minder plötzliche Hervortreten von Symptomen, die sich mit aller Sicherheit als Nikotinwirkungen bezeichnen lassen. Die chronische Vergiftung kann ebenso wie die akute durch jede Gelegenheit erzeugt werden, welche dem Gifte in kleinen, aber oft wiederholten Gaben Zutritt zum Blute verschafft. Solche Gelegenheit gewähren die verschiedenen Arten des Tabakgenusses und die Beschäftigung mit Tabak in den Fabriken. Das Schnupfen scheint die wenigste Nikotinwirkung nach sich zu ziehen; auch das Kauen scheint sehr geringe Allgemeinwirkungen im Gefolge zu haben; die weitaus häufigsten Fälle von chronischer Intoxikation kommen nach übermässigem, lange fortgesetztem Rauchen vor u. z. erweist sich offenbar das sogenannte Rauchverschlucken und die Cigarre am schädlichsten. Die Tabakarbeiter können unter dem Einflusse des Tabakstaubes und dessen Einathmung und Einlagerung in die Lunge leiden, sie können aber auch durch die Ausdünstung des Tabaks, namentlich beim Sortiren und Ausräumen der Dörrkisten, von Nikotinwirkung ergriffen werden. — Als Erscheinung der chronischen Tabakvergiftung tritt vor Allem die allgemeine Schwächung des Nervensystems hervor; die niedergeschlagene weinerliche Stimmung mit Unlust und Unfähigkeit zu geistigen Arbeiten, ferner der Schwindel, die Aengstlichkeit, die Scheu vor Bewegungen; die Amblyopie, die Hyperästhesie des Hörnerven und die Irritabilität der Empfindungsnerven, namentlich die chronische Spinalirritation, die leichte Ermüdung, das Schwächegefühl und Zittern; auch wohl häufig wiederkehrende Muskelkonktraktionen und Impotenz; ferner Intermittens und Palpitationen des Herzens, Dyspnoe und Neigung zu Engbrüstigkeit. Der gelegentlich auftretende Stirnkopfschmerz mit Eckel und Uebelkeit, die seltene psychische Erregtheit (Präkordialangst mit Verfolgungswahn), lokale Lähmungen und Krämpfe, die abendliche Dyspnoe und Angina pectoris, Erbrechen, Durchfälle, Koliken und auch die Strangurie sind eher als Folgen interkurrenter subakuter Nikotin-Intoxikationen anzusprechen. — Die Diagnose der chronischen Tabakvergiftung muss sich auf die Ausschliessung anderer Krankheitsursachen und auf den nachweisbar starken Tabakgenuss stützen und wird durch die Wirkung der in Zweifelfalle stets räthlichen Abstinenz befestigt. Vollkommen charakteristische Symptome sind nur der zuweilen vorkommende andauernde subjektive Tabakgeschmack und ebenso der noch seltenere subjektive Tabakgeruch sowie der zuweilen beobachtete Ekel vor dem Tabak, während der Betreffende sich doch nicht zur Abstinenz entschliessen kann. Die Therapie verlangt die Vermeidung der ursächlichen Schädlichkeit, des Tabakgenusses in jeder Gestalt. Meistens kann man nach einiger Zeit den mässigen Genuss des Tabaks in einer der unschädlicheren Formen ohne sichtlichen Nachtheil wieder gestatten: streng zu vermeiden ist immer das Rauchverschlucken, ferner das Cigarrenrauchen ohne Spitzen, der Gebrauch kurzer Pfeifen. Bei akuten Vergiftungen, wenn die Anwesenheit von Nikotin im Speichel, Magen und Darmsafte zu vermuthen ist, erweisen sich gerbstoffhaltige Mittel nützlich, namentlich reines Tannin. Bei den chronischen Vergiftungszuständen kann man die Ausscheidung des Giftes durch Jodkalium befördern. Die Tabaksamaurose kann, wenn sie ohne sichtbare Veränderungen im Augenhintergrunde vorhanden ist, bei Vermeidung des Tabakgenusses und Behandlung mit Strychnin vollständig heilen. —

Auf dem siebenten Kongresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin hielt am 10. April 1878 Dr. Kocher aus Bern einen Vortrag „zur Aetiologie der akuten Entzündungen". Dank der methodischen

antiseptischen Wundbehandlung wissen wir gegenwärtig — bemerkt Redner — dass die Verletzungen, welche man früher für die Ursachen der Wund-Entzündung ansah, als solche durchaus nicht aufgefasst werden dürfen, dass vielmehr die sogenannte „traumatische" Entzündung veranlasst wird durch den Zutritt kleinster körperlicher Stoffe von aussen her — Stoffe, welche zum grossen Theile mit den Fäulnisserregern identisch sind. Vermögen aber physikalisch-chemische Schädlichkeiten an den Körpertheilen, welche der unmittelbaren Beobachtung zugänglich sind, akute Entzündungen für sich nicht hervorzurufen, so haben wir die Pflicht, endlich bei der Aetiologie der akuten Entzündungen tiefer liegender Organe darauf zu verzichten, ähnliche Noxen, wie Stoss, Anstrengung, Stauung, Kongestion und Erkältung, bunt durcheinander als „Ursachen" hinzustellen. Es fragt sich vielmehr: Sind auch hier analoge minimale korpuskuläre Entzündungserreger im Spiele? — Gelangen dieselben auch hier von aussen her in den Körper? — Und auf welchem Wege? — Die Antworten auf diese Fragen glaube ich einer längeren Beobachtung experimenteller Prüfung zweier Krankheitsformen entnehmen zu können, welche in Bern relativ häufig zur Beobachtung kommen, nämlich der akuten Osteomyelitis und akuten Strumitis. Von ersterer stehen mir beiläufig 52 Beobachtungen zu Gebote, von denen sich freilich nur 26 auf das akute Anfangsstadium beziehen und volle Verwerthung finden können. Die zweite Krankheit habe ich in 24 Fällen beobachtet. Eine gründliche Besprechung beider Affektionen würde zu weit führen, wesshalb hier Alles zu berühren vermieden werden soll, was nicht zur Aetiologie direkte Beziehung hat. — Die akute Osteomyelitis hat gegenüber anderen akuten Entzündungen, namentlich seit der letzten ausführlichen Arbeit von Lücke, eine Sonderstellung bekommen. Der Name der akuten infektiösen Osteomyelitis hat bei den Chirurgen ebenso wie bei den pathologischen Anatomen sehr allgemeinen Anklang gefunden. Und wer wollte verkennen, dass der infektiöse Charakter bei dieser Krankheit oft mehr in den Vordergrund tritt als bei anderen akuten Entzündungen? — Nehmen Sie einen der intensivsten Fälle, welche zwar immerhin selten, doch schon von verschiedenen Seiten beschrieben sind, in welchem ein Individuum unter den Erscheinungen einer akuten Osteomyelitis einer Tibia, eines Femur, erkrankt, das Fieber in höchster Intensität mit typhösem Charakter anhält, bis der Tod erfolgt nach 8—14 Tagen. Bei der Autopsie finden sich, ohne dass an der Stelle der ersten Erkrankung es nur zu einer Fortleitung auf das Periost oder die Weichtheile, geschweige denn zu einem Aufbruche gekommen zu sein braucht, ausser den Veränderungen im Knochenmarke multiple eiterige Synoviten verschiedener Gelenke, Eiterherde im Marke anderer Knochen, Vereiterungen von Muskeln, keilförmige Infarkte in den Lungen mit fibrinös-eiteriger Pleuritis, multiple Abszesse im Herzmuskel und in den Nieren. Die Analogie mit der embolischen multiplen Pyämie ist hier in die Augen springend. Freilich sind die Fälle, in welchen der Eiter vor Aufbruch an der ersten Erkrankungsstelle aufgetreten ist, gering an Zahl. Und ausserdem erklärt sich ein Theil der sehr frühen Todesfälle durch andere palpable Todesursachen, unter welchen namentlich die Fettembolie eine Rolle spielt. Aber auch da, wo der Tod später erst eingetreten ist, besteht oft grosse Analogie mit der Pyämie in ihren subakuten Formen. Es gewinnt nämlich eine sekundäre (metastatische) Erkrankung im Symptomenbilde durchaus die Oberhand, so sehr, dass sie auch den schliesslichen Ausgang verschuldet. Eine Osteomyelitis femoris ging in dieser Weise an einer eiterigen Pleuritis zu Grunde, eine zweite an ausgedehnter Pyelo-Nephritis, ohne dass an Stelle der ersten Erkrankung die Herde im Knochenmarke auch nur zu einer ausgesprochenen Periostitis in der nächsten Nachbarschaft geführt hätten. — Von diesen schweren Fällen aufwärts bis zu den leichtesten gibt es aber eine fast ununterbrochene Reihenfolge in der Intensität der Erkrankung. Zunächst den schwersten stehen jene Fälle, in welchen trotz multipler Metastasen des Knochensystems, der Gelenke, der serösen Ueberzüge der Brust- und Unterleibs-Organe doch eine Heilung zu Stande kommt. Wir besitzen hierfür mehrere Belege und Lücke hat hervorgehoben, dass gerade die Multiplizität der Metastasen nicht immer ein Zeichen besonderer Bösartigkeit sei. So etwas können wir von der Pyämie doch schon nicht mehr behaupten, vielmehr darf man in der Regel einen Pyämiker, wenn zahlreiche und namentlich schwer zugängliche Metastasen bei ihm aufgetreten sind, für verloren betrachten. Nun gibt es aber Fälle, in welchen nur eine oder zwei Metastasen beobachtet werden, und endlich solche, in welchen die

lich sehr hartnäckig und werden durch Essen, Rauchen, Sprechen und den Einfluss der atmosphärischen Luft unterhalten. An freien Lippentheilen findet sich bei lange bestehenden Affektionen bedeutende Verdickung. Zu Anfang der Erkrankung wird kaum ein abnormes Gefühl wahrgenommen. Später tritt Schmerz ein. Die vermehrte Speichelabsonderung bildet dann gleichzeitig ein konstantes lästiges Symptom. Die Geschmacksempfindung war in den bis jetzt beobachteten Fällen nicht auffallend alterirt. — Verlauf und Ausgänge. Man hat zu unterscheiden die gutartige Leukoplacie, welche Form man in allen den Fällen annehmen kann, in welchen das Uebel Jahre lang ohne weitgreifende Veränderungen und Zerstörungen bestanden hat. Die Resolution der Plaques kann in der Weise erfolgen, dass die Auflagerungen keine Neigung zu weiterer Anbildung zeigen, nicht verdickt werden und keine anhaltend weisse Färbung behalten. Immerhin ist aber auch bei den Fällen, in welchen eine gänzliche oder theilweise Rückbildung erfolgte, grosse Neigung zu Rückfällen vorhanden. Den Uebergang von den gutartigen zu den bösartigen Formen bilden jene Fälle, in welchen die epiteliale Erkrankung zu Anschwellungen, Verdickungen oder Geschwülsten führt, welche ihrem Charakter nach auch die Mitte zwischen indifferenten und bösartigen Gebilden einhalten. In solchen Fällen greift der eigentliche Grad der Erkrankung in die tieferen Schichten der Schleimhaut über, und Bindegewebe und Papillen gestalten sich durch auffälliges Wachsthum zu einer Neubildung. So kennt Verfasser einen Fall, in welchem aus den idiopathischen Plaques ein Papillom hervorging, das seit vier Jahren unverändert fortbesteht. Man hat ferner zu unterscheiden die bösartige Leukoplacia. In einzelnen Fällen bestand das Leiden 4, 6, 8 und 10 Jahre, ohne dass man einen bösen Ausgang beobachten konnte. Der Zeitraum bis zur Entwicklung einer bösartigen Affektion war ebenso lange wie in den gutartigen Fällen. — Diagnose. Verwechselungen können entstehen mit syphilitischen Flecken. Die Schwierigkeit der Diagnose besteht nur für jene Fälle, bei welchen andere Symptome der Syphilis fehlen. Die opalinen syphilitischen Plaques haben im Anfange der Entwicklung mit der Leukoplacia grosse Aehnlichkeit. Man vermisst jedoch bei den syphilitischen Plaques die Verdickung, Verhornung — eine Ansicht, welche, wie Schwimmer selbst sagt, möglicherweise bestritten werden könnte, welche jedoch mit dem histologischen Befunde übereinstimmt. Ausserdem können folgende Unterscheidungsmerkmale angeführt werden: 1) die Färbung des Epitels ist bei Syphilis nicht so weiss, sondern mehr trübe und grau; 2) die Ausbreitung der Leukoplacia nimmt fast stets die ganze Zunge ein, kommt aber auch, wie bei Syphilis, auf den Mandeln vor; 3) bei Syphilis tritt mit grösserer Leichtigkeit Rückbildung ein; 4) die syphilitischen Plaques kommen schliesslich fast überall im Munde vor; 5) bei Syphilis sind Drüsenanschwellungen vorhanden, welche bei Leukoplacia fehlen. Endlich sind noch Verwechselungen mit Soor, Aphthen, Merkurialflecken und Diphtherie möglich, jedoch nach den angegebenen Kennzeichen der Leukoplacia zu vermeiden. — Bezüglich der Histologie ist zunächst hervorzuheben, dass die wesentlichste Veränderung und der wahrscheinlichste Ausgangspunkt der Erkrankung im Korium liegt. Dem klinischen Bilde der Hyperämie entspricht das anatomische vollständig; die Gefässe sind bei dem Prozesse hervorragend betheiligt; es kommt zur Exsudation. Es bilden sich verdickte Stellen und solche verdickte Stellen bedingen im Vereine mit der Zellenwucherung im Korium, welche die Gefässe komprimirt, die makroskopisch wahrnehmbare Verdickung, das opake Aussehen und die weissliche Färbung der Plaques. Hierdurch erklärt Schwimmer auch, dass die schlechter ernährten und schliesslich abgestorbenen oberflächlichsten Schichten mitunter abgestossen werden, was aber für den Prozess selbst durchaus nicht als charakteristisches Merkmal zu betrachten ist. Dadurch sind hinreichende Unterscheidungsmerkmale vom anatomischen Verhalten bei idiopathischer Psoriasis und Syphilis gegeben. — In Bezug auf Aetiologie liegen bis jetzt noch wenig aufklärende Momente vor. Bezüglich der Therapie muss auf das Original verwiesen werden. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 21. *Erlangen*, am 25. Mai 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von 1 Quartseiten. reis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

halt. Das Erbrechen Schwangerer und dessen Heilung. Zur Aetiologie akuter Entzündungen (Schluss). Ueber Lymphadenitis retropharyngealis und ihr Verhältniss zu den idiopathischen Retropharyngealabszessen bei Kindern. Ueber Kuhpockenimpfung.

In Lancet Nr. 8, 1878, bespricht Jones n Chicago das Erbrechen der Schwanern und dessen Heilung. Dasselbe, iewohl eine sekundäre und Reflexerscheinng, kommt so häufig zur ärztlichen Beobchtung und ist bisweilen von solcher Heftigeit und Hartnäckigkeit in seiner Dauer, dass er Name der Krankheit einen besonderen latz in der medizinischen Literatur eingenommen und die bedeutendsten Geburtshelfer nd Therapeuten beschäftigt hat. Dass die chwangerschaft in den meisten Fällen krankafte Erscheinungen in einem oder mehreren rganen erzeugt, welche nur mehrere Monate der während der ganzen Dauer derselben nhalten, ist bekannt und daraus zu erklären, ass ein inniger Zusammenhang zwischen den eugungsorganen und dem Cerebrospinal- owie Ganglien-Systeme stattfindet. Die Funkonen des Gehirns, der Respiration, Cirkulaon, Sekretion, Digestion und Nutrition werden durch die Schwangerschaft, d. h. durch ie Entwicklung eines neuen Lebens im mütrlichen Organismus, gestört. Unter allen rganen ist der Magen zuerst krankhaft affirt, ohne dass dessen Affektion sich durch irkulations- und Temperatur-Veränderungen emerklich macht. Durch alle Stufen, von em Widerwillen und Eckel gegen Speisen is zum heftigsten unstillbaren Erbrechen, itt das Leiden meist bald nach der Empfängniss auf und dauert gewöhnlich bis zum ierten, höchstens sechsten Monate, ausnahmseise bis zu Ende der Schwangerschaft. In anchen Ländern wird das Erbrechen der chwangeren die Morgenkrankheit genannt, weil es sich am Morgen hauptsächlich einstellt. Bisweilen gestaltet sich dasselbe zu solcher Intensität, dass das Leben dadurch zerstört und der Tod nur durch spontane oder künstliche Frühgeburt abgewendet wird. Mannigfache Todesfälle durch Verhungern der Schwangeren in Folge der Unmöglichkeit, Nahrungsmittel, seien es flüssige oder feste, bei sich zu behalten, sind in der Literatur verzeichnet; desgleichen Fälle, in welchen bei hohem Grade von Abmagerung und Hinfälligkeit durch das fortwährende Erbrechen Hilfe durch Entfernung der Frucht verschafft werden musste. — Die Mehrzahl der Pathologen erklärt die Reflexerscheinung des Erbrechens aus der Ausdehnung und Vergrösserung des festen Gebärmuttergewebes nach der Empfängniss. Graily Hewitt leitet in den meisten Fällen das Erbrechen in der Schwangerschaft aus einem durch Ante- oder Retro-Flexion entstandenen Reize her. In Folge der Flexion werden Muskel- und Nerven-Fasern des Uterus komprimirt und steigert sich diese Kompression mit der zunehmenden Entwicklung des schwangeren Uterus bis zum 4. oder 5. Monate, zu welcher Zeit alsdann der Uterus aus der Beckenhöhle emporsteigt und das Erbrechen nachlässt. Brian dagegen ist der Ansicht, dass der Reflexreiz des Erbrechens von einer Anteversion oder Retroversion herrührt. Die abnormen Lagerungen des Uterus mögen die Krankheit zwar verschlimmern, Begleiter dieser Affektion sein, sind aber keineswegs die Ursache derselben. Es ist dies daraus zu erklären, dass selten Schwangerschaften beobachtet werden, ohne

dass Magenbeschwerden vorzugsweise auftreten und Lagerungsfehler der Gebärmutter fehlen, dass andererseits Fälle von Flexionen und Versionen des Uterus ohne Erbrechen zur Beobachtung gelangten. Ein Hauptaugenmerk hat Jones vom Beginne seiner Praxis auf die Behandlung schwerer Fälle gerichtet, da die leichten keine ärztliche Hilfe beanspruchen. Dass in hochgradigen Fällen die Heilung eine schwierige, fast unmögliche sei, beweist die grosse Zahl der angegebenen Heilmittel; das Gesammtgebiet der Materia medica, Purgantien, Antispasmodica, Nervina, Mittel aus dem Mineral-, Pflanzen- und Thier-Reiche, äusserliche und innerliche Arzneien, alte Mittel wie Aconit u. s. w., sowie neuere, Jod- und salpetersaures Ceriumoxyd, sind mit mehr minder günstigem Erfolge versucht worden, ohne dass ein einziges Mittel als zuverlässig sich bewährt hätte. Jones sah daher ein, dass nicht der Magen das Heilobjekt sein dürfte, sondern dass das Erbrechen als Reflexerscheinung von einem anderen Orte, aus dem allein durch die Schwangerschaft in Anspruch genommenen Organe, dem Uterus, geheilt werden müsste, und er benützte den ersten sich ihm darbietenden schweren Fall zur Verwirklichung seiner Anschauung. Er beabsichtigte, durch die Erregung eines Reizes und einer oberflächlichen Entzündung des Os und Cervix uteri die Reflexerscheinungen an dieser Stelle zu konzentriren und dadurch den Magen zu befreien. Er touchirte die erste Patientin mit Arg. nitr. fusum und sah innerhalb 24 Stunden einen wundervollen Erfolg. Nach vier Tagen erfolgte eine abermalige Applikation, worauf das sehr heftig aufgetretene Leiden, welches schon bedeutend nachgelassen hatte, ganz fortblieb, so dass eine nochmalige Touchirung überflüssig war. In einem zweiten gleich heftigen Falle von hartnäckigem Schwangerschafts-Erbrechen wurde das Aetzmittel zwei Male mit Erfolg von ihm angewendet. Bei der dritten Schwangeren bedurfte es nur einer einmaligen kräftigen Kauterisation, dessgleichen genügte in einem 4. Falle, der zu den intensivsten gehörte, eine einmalige Applikation des Höllensteins. In noch zwei anderen Fällen musste Verf. wieder 2 Mal das Os cervic. uteri kauterisiren und erhielt gleichfalls ein ganz günstiges Resultat innerhalb einiger Tage, nachdem mehrere Wochen das Uebel in heftiger Intensität angedauert hatte. In den 6 geheilten Fällen, von denen 5 Erstgebärende waren, hatte Verf. sowie eine Anzahl anderer Aerzte schon die verschiedenartigsten Mittel erfolglos angewendet. Bei 2 Schwangeren war eine leichte Erosion der Schleimhaut am Os uteri zu bemerken, sonst waren alle behandelten Frauen gesund. — Dr. Marion Sims bemerkt zu diesem Berichte, dass er mit Freuden die Mittheilung von dieser Behandlungsmethode durch Verf. gehört habe und sie zur Kenntniss der Aerzte bringen werde. Er selbst sehe nur wenig dergleichen Fälle, doch sei ihm einer zur Behandlung jüngst vorgekommen, bei welchem er sich von der Wirksamkeit der Kauterisation des Os uteri überzeugt habe: Eine 22jährige Dame, mit 16 Jahren verheirathet, hatte, zum 1. Male schwanger, an Erbrechen gelitten, das Kind jedoch ausgetragen. Seit jener Zeit wiederholten sich mehrere Schwangerschaften, die von derartigem Erbrechen begleitet waren, dass Abortus erfolgte. Im Oktober 1877 wurde Sims zu Rathe gezogen, nachdem es keinem der bedeutenden Geburtshelfer New-York's gelungen war, das Erbrechen zu stillen. Die Schwangere war durch das beständige Erbrechen abgemagert und dem Verhungern nahe. Die gereichten Mittel gegen das Erbrechen sowie Chinin wegen Vermuthung auf Malaria blieben erfolglos und auch Bromkali liess die seit langer Zeit schlaflose Patientin im Stiche. Sims versuchte nun das von Jones eingeschlagene Verfahren. Bei dem Vorhandensein einer seitlichen Anteflexion, der granulösen Beschaffenheit beider Muttermundslippen und der vorhandenen Sekretion einer glutinösen Masse hätte zur Beseitigung des Erbrechens entweder nach Hewitt ein Pessarium eingebracht oder nach Copeman eine forcirte Dilatation bewerkstelligt werden können. Die Jones'sche Methode, als die gefahrlosere, schien jedoch geeigneter und wurde nach Entfernung der Schleimmasse eine Höllensteinlösung (7,5 auf 30 Grm. Wasser) auf die ganze Oberfläche des Cervix applizirt und jede andere Medikation ausgesetzt. Tages darauf befand Frau v. C. sich wohl, hatte geschlafen, fing an zu essen und laut zu sprechen. Nach der stattgehabten Kauterisation zeigte sich etwas Blutfluss, der jedoch vorüberging. Nach mehreren Tagen stellte sich wieder etwas Brechung ein und genügte eine blosse Bepinselung mit Karbolsäure bis zur Hervorbringung einer weissen Haut zur Beseitigung des Uebels. Es wurde diese Prozedur bei leichteren Anfällen von Brechneigung noch einige Male

wiederholt und befand sich die Dame kurz darauf so wohl wie noch nie während der Schwangerschaft. Sims ist daher geneigt, das Jones'sche Verfahren als ein sicheres, promptes, gefahrloses gegen das Erbrechen der Schwangeren zu empfehlen. (The Lancet, 1878, 8.) —

Dr. Kocher (Bern): Zur Aetiologie der akuten Entzündungen [Vortrag, gehalten auf dem 7. deutschen Chirurgen-Kongresse] (Schluss des in Nr. 20 S. 158 abgebrochenen Aufsatzes). Wenn man die Zahl der Todesfälle nach ergibigen Inzisionen, Aufmeisselung, Trepanation und Drainage des Markes sieht und sie vergleicht mit dem dort meistens günstigen Verlaufe akuter Weichtheil-Entzündungen bei gehöriger Spaltung der Eiterherde, so mag man sich wohl für die entscheidende Bedeutung der Lokalität für den maligneren Verlauf der Osteomyeliten gegenüber anderen Entzündungen entscheiden. Es ist ferner sicherlich nicht gleichgiltig für den Ablauf der Markentzündung, dass wir hier eine starre Hülse um den entzündeten Theil herum haben. Seit ich einmal bei Anlegung eines Gypsverbandes wegen vermeintlicher Oberarm-Fraktur, bei welcher nur eine Quetschung vorlag ohne äussere Wunde, eine septische Gangrän mit tödtlichen Ausgange habe eintreten sehen, seit ich mehrfach Fälle von Gangrän und akuter Sepsis bei frühen Anlagen enger Gypsverbände bei subkutanen Frakturen gesehen habe, kann ich nicht zweifeln, dass für den oft akut septischen Charakter der Osteomyelitis die starre Kortikalis eine Bedeutung hat. Nimmt man dazu das massenhafte Freiwerden von Fett und die daherige Gefahr der Fettembolie, so hat man Faktoren genug, welche den oft so malignen Verlauf der akuten Osteomyelitis erklären, ohne dass man einen spezifischen Infektionsstoff annimmt, welcher von dem bei jeder anderen akuten Entzündung wirksamen verschieden wäre. — Aus Obigem ergibt sich auch gleich unser Standpunkt gegenüber denjenigen Autoren, welche in der Osteomyelitis eine primäre Allgemeinkrankheit sehen wollen und die Affektion des Markes in vollkommene Parallele mit den anderen Metastasen setzen. Abgesehen davon, dass eine solche Anschauung die Natur des Leidens unserer Anschauung eher ferner als näher rückt, haben wir mit Lücke auch bei den allerschwersten Fällen stets — wo genauere Anamnese vorhanden war — das Leiden ganz bestimmt als ein Lokalleiden auftreten sehen. Wenn wir es nicht für zulässig ansehen können, vom ätiologischen Standpunkte aus die Osteomyelitis als eine Krankheit sui generis zu betrachten, wenn uns desshalb der Zusatz der „infektiösen" überflüssig erscheint, weil allen akuten Entzündungen in gleicher Weise zukommend, so halten wir ebenso — von ätiologischer Seite — fest, dass zwischen Osteomyelitis und Pyämie nur ein quantitativer Unterschied besteht. Darin ruht ein grosser Theil des Interesses der akuten Osteomyelitis, gleichsam das Bindeglied zu bilden zwischen einfachen akuten Entzündungen und pyämischen Erkrankungen. Wenn die Pyämie eine so ungleich gefährlichere Krankheit darstellt, wenn es namentlich aus der vor-antiseptischen Zeit noch jedem erfahrenen Chirurgen erinnerlich ist, dass die Prognose in Fällen von Osteomyelitis viel schlechter war, wenn sekundäre Pyämie nach Eröffnung hinzutrat, als bei ganz analogem Symptomenbilde vor Zutritt äusserer Schädlichkeiten, so ist der Unterschied darin zu suchen, dass bei Zutritt der äusseren Luft die Noxen in grösserer Quantität wiederholt Zutritt haben, als wenn sie von den Lungen oder dem Darmkanale aus d. h. auf Umwegen nach dem Knochenmarke gelangen müssen. Für diese Anschauung den Beweis zu erbringen, haben wir eine Reihe von Experimenten an Hunden angestellt. Vorher musste jedoch der Einfluss einfach physikalisch-chemischer Einwirkungen auf das Knochenmark festgestellt sein. Demgemäss wurde in einer vorläufigen Versuchsreihe bei Hunden Femur oder Tibia durch einen kleinen Schnitt unter antiseptischen Kautelen blossgelegt, an dem Ende der Diaphyse die Kortikalis mit einem ausgehöhlten, mit Seitenöffnung versehenen Drillbohrer angebohrt und Injektionen in das Knochenmark gemacht. Darnach wurde die Oeffnung im Knochen mittelst eines Elfenbeinzapfens verschlossen. Zu den Injektionen wurden benutzt: Liq. Kali caustici, Ammonii caustici, Tinct. Cantharid. und Ol. Crotonis. Wir können bezüglich dieser Versuche die Resultate Rosenbach's bestätigen, dass die Zerstörung und Anätzung des Knochenmarkes durch bloss chemisch wirkende Stoffe, selbst starke Aetzmittel, bei gehörig durchgeführter antiseptischer Wundbehandlung eine akute eiterige Entzündung

des Knochenmarkes nicht zur Folge hat, demgemäss auch keine Nekrose des Knochens nach sich zieht. Die gewöhnliche Folge war vielmehr die, dass an der Injektionsstelle eine umschriebene Sklerose des Knochens sich vorfand, namentlich dann, wenn das Bohrloch im Knochen unmittelbar nach der Operation mit einem Elfenbeinzapfen verschlossen worden war. Dieser letztere war auch gelegentlich, soweit er vorragte, von einem Granulationsabszesse umgeben. Damit stimmen auch vielfache Erfahrungen am Menschen überein. Kocher hat ein Mal am Humerus bei einer Ellbogenresektion und ein Mal am Femur bei Osteomyelitis die Markhöhle, soweit er hineingelangte, mit einem langgestielten scharfen Löffel ausgekratzt und ausgespült, ohne dass eine Nekrose erfolgte. Noch viel grösseren mechanischen Schädigungen ist das Mark seit Anwendung der Antisepsis ohne Schaden ausgesetzt worden. Darauf muss durchaus das Hauptgewicht gelegt werden und für jeden Experimentator ist es geradezu Conditio sine qua non, dass man alle Eingriffe strenge nach den Regeln der antiseptischen Wundbehandlung durchführe, wenn man die Unschädlichkeit mechanischer Beeinträchtigung des Markes für das Leben des Knochens des Individuums studiren will. — Sehr verschieden war aber das Resultat der Injektion von Faulflüssigkeiten nach derselben Methode. Vorauszustellen ist das Ergebniss, dass die Mehrzahl solcher Versuche, mochten die faulenden Flüssigkeiten nun Mikro-Organismen enthalten oder nicht, ebensowenig Reaktion zur Folge hatte wie die Einbringung rein chemisch wirkender Stoffe. Es fand sich bei der künstlich herbeigeführten Autopsie nur eine umschriebene Verdichtung des Knochens im Bereiche der Operationsstelle; zu einer diffusen Eiterung im Marke war es nicht gekommen. Nur wenige Male gelang es, eine exquisite diffuse Osteomyelitis hervorzurufen. Dies war z. B. ein Mal der Fall, als eine faulende Leimlösung, und ein zweites Mal, als eine faulende Zuckerlösung injizirt wurde; in letzterem Falle ging der ganze Femur nekrotisch zu Grunde, der Kopf desselben steckte selbst in der neugebildeten Todtenlade als beweglicher Sequester. Was hatten nun diese Injektionsstoffe vor den anderen, welche unwirksam erschienen, voraus? — Zweierlei. Ein Mal entstammten sie aus der Zeit, in welcher nach Bergmann die Faulflüssigkeiten am intensivsten septogen wirken, nämlich vom Ende der ersten Woche der Fäulniss. Und zweitens enthielten sie in ganz besonders reichlicher Quantität Mikro-Organismen, an welchen ebenfalls nach Bergmann das putride Gift vorzugsweise haftet. Ausserdem erschien es von grosser Wichtigkeit, dass in dem einen der beiden oben kurz erwähnten Fälle die Organismen des Knochenmarkes eine weitere Entwicklung zeigten. An Stelle der zur Injektion benutzten einfachen Stäbchen und isolirten Körner fanden sich zahlreiche grössere ovale „Sporen“ mit zum Theil kurzen, stielartigen Fortsätzen, also die charakteristischen Köpfchenbakterien (Helobakterien Billroth's). Es ist damit der Beweis geleistet, dass akute Osteomyelitis selbst mit Tod durch Sepsis oder durch Totalnekrose des Knochens und Erkrankung der anstossenden Gelenke zu Stande kommen kann durch eine einfache Fäulnissflüssigkeit in geringer Quantität, wenn dieselbe in einem bestimmten Fäulnissstadium sich befindet und Fäulnissorganismen enthält, welche einer Fortentwicklung im thierischen Körper fähig sind. — Für die akute „spontane“ Osteomyelitis hatte nun obiger Beweis zunächst wenig Werth, da immer noch die Frage offen blieb: wie sollen ähnliche Faulstoffe in den menschlichen Körper gelangen? — Auch dieser Frage suchte Kocher näher zu treten durch das Experiment und zwar durch Kombination der direkten Einwirkung rein chemischer Schädlichkeiten auf das Knochenmark mit der konsequenten Verabfolgung der in Pasteur'scher Lösung gezüchteten Faulflüssigkeiten mit der Nahrung. Die Hunde vertilgen grosse Quantitäten sehr übelriechender Nahrungsstoffe ohne viel Widerstreben. Diese Versuche, von welchen zwei mitgetheilt werden, haben nun ergeben, dass — wenn man auch eine eigentliche Sepsis vom Verdauungskanale aus nicht erregen kann — man doch durch Fütterung mit Faulstoffen in prädisponirten Geweben (als solches gilt z. B. ein Knochen, in welchem sich nach Trauma, Erkältung oder Cirkulationsstörung ein Herd veränderten oder nekrotischen Markes gebildet hat; solche Herde können auch artifiziell hergestellt werden, z. B. durch Injektion ätzender Flüssigkeiten in das Knochenmark) Entzündung hervorrufen kann. — Wenn unsere Experimente zu spärlich sind, um daraus einen Schluss ziehen zu können, so wäre durch dieselben doch ein Anhaltspunkt gewonnen

für die Erklärung der akuten sog. spontanen Osteomyelitis: Ein Trauma, welches wir mit Lücke häufig als Ursache der ersten Symptome angegeben finden, oder eine Erkältung oder auch nur die Cirkulationsstörungen, welche bei dem rapiden Wachsthume im Bereiche des Epiphysenknorpels bei jugendlichen Individuen so leicht eintreten können, schaffen den Boden für die Lokalisation der Faulstoffe. Handelt es sich nun um ein Individuum, in dessen Verdauungswegen die physiologischen Fäulnissvorgänge in höherem Grade stattfinden, wie dies ja schon bei verminderter Resorption bei geringen katarrhalischen Störungen, der längeren Einwirkung der Pankreas-Bakterien wegen, nothwendig geschehen muss, so sind die Faktoren gegeben, aus deren Kombination eine akute Osteomyelitis sich entwickeln kann; mit anderen Worten: Der Infektionsstoff der akuten Osteomyelitis kann dem Darmkanale entstammen und braucht nichts Spezifisches in dem Sinne an sich zu haben, wie etwa eine Diphtherie, Scharlach oder Typhus. Denn dass wir es bei der Osteomyelitis mit keiner diesen letzten Infektionskrankheiten analogen Affektion zu thun haben, geht schon daraus hervor, dass die Osteomyelitis nicht epidemisch auftritt, ganz vorzüglich aber daraus, dass sich die Symptome oft ganz evident einem Stosse oder Falle unmittelbar anschliessen. Da muss doch sicherlich der Infektionsstoff schon vorbereitet im Körper stecken. Es stimmen ferner mit unserer Anschauung die nicht häufigen Fälle überein, in welchen eine erste Lokalisation gar nicht zum Ausbruche kommt oder erst zur Zeit einer zweiten intensiveren Lokalisation in ein akutes Stadium tritt. Volkmann hat laut mündlicher Mittheilung mehrere solche Fälle beobachtet. Wir haben deren zwei gesehen: Bei dem einen Patienten waren 14 Tage lang Schmerzen in dem einen Schenkel vorhanden und dann entwickelte sich eine akute Osteomyelitis des anderen Schenkels. Im zweiten Falle war einer akuten Osteomyelitis ossis ilei 5 Wochen vorher eine vorübergehende Schmerzhaftigkeit des einen Malleolus vorhergegangen, welche sich erst nach der neuen Erkrankung zu einer akuten Osteomyelitis des Wadenbeines entwickelte. Wir haben freilich nur zwei Fälle beobachtet, in welchen evidente Verdauungsstörungen der Affektion des Markes vorangingen, und sind natürlich weit entfernt davon, zu behaupten, dass die Osteomyelitis stets als „Metastase" vom Darmkanale aus zu betrachten sei. Es ist ja sehr wohl möglich, ja sogar wahrscheinlich, dass auch durch die Lungen der Infektionsstoff eindringen könne. Es gibt seltene Fälle, in welchen der Patient schon am ersten Erkrankungstage über Seitenstechen klagt oder sehr frühe Lungenerscheinungen bekommt. Aber in der Mehrzahl der Fälle muss — wenn anders unsere Erklärung richtig ist — der Infektionsstoff durch die Verdauungs-Wege und andere Atrien eindringen können, ohne an dieser ersten Stelle wesentliche lokale Störungen hervorzurufen. Wir haben ja übrigens bei der Pyämie etwas Aehnliches: Die pyämisch infizirte Wunde zeigt oft herzlich wenige Veränderungen, wenn schon Schüttelfrost und bedenkliche Metastasen die Gefahr verkünden. — Unsere Osteomyelitis-Versuche haben den Nachweis geliefert, 1) dass es zur Hervorbringung dieser Krankheit eines Infektionsstoffes bedarf, 2) dass dieser Infektionsstoff ein einfacher Faulstoff sein kann, 3) dass derselbe durch den Verdauungskanal in den Körper eindringen kann. Für die infektiöse Natur der Osteomyelitis glaubten wir auch in unseren klinischen Beobachtungen die Beweise zu finden, so sehr, dass wir die schwersten Grade der Affektion als der Pyämie gleichstehend zu betrachten keinen Anstand nehmen. Aber nur dem Grade nach verschieden fanden wir die gelindesten Fälle der Erkrankungen und damit auch die akuten Entzündungen anderer Organe. Es bedarf desshalb wohl keiner Entschuldigung, wenn wir zur Ergänzung unserer klinischen Belege für den Nachweis ad 2 und ad 3 der Osteomyelitis-Versuche auf eine andere Affektion übergehen, nämlich auf die akute Strumitis. Während wir bei der ersteren Erkrankung immerhin ausnahmsweise Allgemeinkrankheiten der Entzündung vorangehen sahen, so haben wir unter 24 Fällen von akuter Strumitis dies nicht weniger als 9 Male beobachtet und zwar waren es 4 Male ganz einfache akute Magen- und Darm-Katarrhe von kurzer Dauer, welche vorangingen. Dadurch wird die Aufnahme des Infektionsstoffes vom Verdauungstrakte aus nahegelegt. Ausserdem aber haben wir in nicht weniger als 6 Fällen akute Entzündung der strumösen Schilddrüse gesehen mit subkutaner resp. intraglandulärer Zersetzung der Entzündungsprodukte unter Gasentwicklung. Diese Gasbildung ist vielleicht gegenwärtig noch, namentlich für die Gegner der Mikroorganismen, das beste Kriterium für Zersetzungs-Vorgänge. Daher

legen wir grossen Werth auf solche Fälle. Aber nicht nur das: In vier von den sechs Fällen waren es eigentliche Fäulnissgase mit dem charakteristischen Geruche nach dem Schwefelwasserstoffe und dem Ammoniak verwandten Stoffen, welche bei der Entleerung zu Tage traten — zum Beweise, dass es sich um wirkliche Fäulnissvorgänge gehandelt hat. Wenn aber in zweien unserer Fälle von einfachem akuten Magendarmkatarrhe nach 6 resp. 7 Tagen akute Strumitis mit Entwicklung von Fäulnissgasen auftritt, wenn dieser letztere Eintritt in Folge einer septischen Endometritis, drei Tage nach einer Geburt, ohne dass die Endometritis weitere Störungen nach sich zöge, zur Erscheinung kommt, so liegt die Möglichkeit nahe, dass akute Strumitis auch ohne Zersetzung der Entzündungsprodukte durch Resorption von Faulstoffen aus irgend einem anderen Körpertheile zu Stande komme, ferner dass die akute Strumitis als Metastase auftrete, auch wo ein vorgängiges Allgemeinleiden resp. eine vorgängige Erkrankung eines anderen Organes nicht konstatirt ist. — Aber nicht nur die Möglichkeit dieser Auffassung liegt vor, sondern die Wahrscheinlichkeit. Was den ersten Punkt anbelangt, so hat neulich Mikulicz in einer höchst interessanten Versuchsreihe mit septischen Stoffen gezeigt, dass die Wirkung einer septischen Flüssigkeit auf lebende Gewebe abhängig ist von der Quantität beigemischter lebensfähiger Mikroorganismen. Je nachdem man durch Glyzerin dieselben vollständig oder unvollständig vernichtet oder in besonders lebenskräftigem Zustande für die Injektion bei Thieren benützt, erhält man bloss vorübergehende Entzündung, ausgedehnte Eiterung oder endlich Verjauchung der Gewebe mit Gasentwicklung. Schon Samuel hatte diese phlogogene, pyogene, septogene Wirkung der Faulstoffe auf Abweichungen in der Zusammensetzung der Faulflüssigkeit zurückgeführt. Wir haben 5 Mal einfach eiterige Strumitis ohne Gasentwicklung nach Allgemeinkrankheit auftreten gesehen und zwar 2 Mal nach akutem Magendarm-Katarrhe, 2 Mal nach Typhus und 2 Mal nach akutem Gelenk-Rheumatismus. In der Regel sind die Fälle mit Gasentwicklung die heftigeren. — Nachdem Mikulicz gezeigt hat, dass nach Abtödtung der Mikroorganismen durch Glyzerin eine ganz vorübergehende Entzündung durch die Faulflüssigkeit sich hervorrufen lässt, und nachdem Chauveau nachgewiesen, dass filtrirte Faulflüssigkeit eine Sepsis mangelhaft ernährter oder ihrer Ernährung ganz beraubter Körpertheile nicht herbeizuführen vermag im Gegensatze zu den an Mikroorganismen reichen Flüssigkeiten, ist es von Bedeutung, dass auch unsere klinischen Beobachtungen ganz entschieden darauf hinweisen, dass der Infektionsstoff, welcher bei den sekundären Strumiten im Spiele ist, kein rein chemisch wirkender Körper sein kann. Denn mit wenigen Ausnahmen ist die Strumitis erst zu einer Zeit aufgetreten, als die Symptome der veranlassenden Krankheit bereits im Ablauf begriffen, namentlich die ältesten Fiebererscheinungen schon völlig oder übergegangen waren. Es muss sich also um einen Stoff handeln, welcher gleichsam eine Inkubation bis zur Entfaltung seiner ganzen Wirksamkeit durchzumachen hat. Dies verstehen wir nur für körperliche Stoffe und unbedingt am besten für Mikroorganismen als Träger des Infektionsstoffes. Unter unseren 6 Fällen von Strumitis mit Gaszersetzung ist, ausser den erwähnten zwei Beobachtungen von vorherigem Magen-Darmkatarrh und einem von puerperaler Endometritis, ein Mal Typhus vorangegangen, 2 Male aber war eine vorgängige Krankheit nicht nachweisbar. Fäulnissvorgänge im Körper können aber offenbar so gut wie ausserhalb des Körpers nur da eintreten, wo die Fäulnisserreger Zutritt haben und sich entwickeln können. Wenn demnach septische Stoffe, ohne an der Eintrittsstelle in den Körper Erscheinungen zu machen, in solcher Quantität in die Struma gelangen können, dass sie nicht nur phlogogen oder pyogen, sondern septogen auf die Gewebe wirken, so wird man eine ähnliche Annahme um so eher für die gelinderen Fälle gelten lassen, als nämlich aus Magen, Darm oder durch die Lungen die Infektionsstoffe der einfach eiterigen Strumiten aufgenommen werden können. Von der Wahrscheinlichkeit einer solchen Annahme bis zu dem Beweise für jeden einzelnen Fall ist freilich noch ein weiter Schritt. Allein dass die für wenige Fälle nachweisliche Bedeutung infektiöser septischer Stoffe bei den Ursachen der Strumitis ein viel grösseres Gewicht hat, als die bislang üblichen Aufzählungen der Entzündungsursachen bei der Struma, dies liegt für jeden Chirurgen, welcher Antisepsis treibt, auf der Hand. Freilich sind diese entfernten Ursachen der Entzündung auch hier ebensowenig wie bei der Osteomyelitis zu unterschätzen. Sie bereiten vielmehr den Boden vor und sind der Grund der Lokalisation der

Entzündung in dem betreffenden Organe. So ist in unseren 24 Fällen nur 6 Male gar keine „Ursache" angegeben, 2 Mal hat eine Quetschung den Anstoss gegeben, ein Mal ist elektrolytische Punktion vorhergegangen, ein Mal eine einfache Punktion mittelst Trokar, 9 Male endlich sind früher und zwar meistens schon vor längerer Zeit parenchymatöse Jodinjektionen gemacht worden. — Dieses jedoch scheint uns das Ergebniss unserer Beobachtungen über Strumitis acuta zu sein: 1) Die akute Strumitis so gut wie die akute Osteomyelitis und mit ihr vielleicht jede akute Entzündung tiefer liegender Organe ist eine infektiöse Krankheit, welche zu Stande kommt durch dieselben einfachen, körperlichen Fäulnisserreger wie die Entzündungen auf der Körperoberfläche. 2) Das Atrium für das Eindringen der Infektionsstoffe ist häufig der Verdauungskanal, in anderen Fällen sind es die Lungen, die Schleimhäute des Uterus und anderer erster Wege, endlich kleine Verletzungen der Körper-Oberfläche. 3) Die Infektionsstoffe haben an der Stelle ihres Eindringens in den Körper nicht immer eine Entzündung zur Folge. 4) Es ist die gegenwärtig weitaus wahrscheinlichste Annahme, dass die Infektionsstoffe an Mikroorganismen resp. an die Coccobacteria septica gebunden sind. — Seit wir uns der infektiösen Natur der akuten Entzündung im Allgemeinen mit immer grösserer Sicherheit bewusst geworden sind, haben wir auch die Behandlung immer entschiedener darnach eingerichtet; nur um auf die betreffenden Fälle in der ausführlichen Mittheilung aufmerksam zu machen und gleichsam als letzten Beweis für die infektiöse Natur der akuten Entzündungen erwähnen wir zweier Fälle, einer Strumitis mit Gaszersetzung und einer Osteomyelitis mit sehr zahlreichen Metastasen, welche wir beide zu rascher Heilung brachten durch fünfprozentige Karbolinjektionen ohne Eröffnung, also entgegen der üblichen chirurgischen Regel: ubi pus, ibi evacua. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 18.) —

Eine Abhandlung von Dr. E. Kormann „über Lymphadenitis retropharyngealis und ihr Verhältniss zu den idiopathischen Retropharyngeal-Abszessen bei Kindern" (in der Centralzeitung f. Kinderheilkunde I 5 p. 67 ff.) schliesst sich an die vortreffliche Arbeit an, welche Dr. Bókai über denselben Gegenstand schon früher veröffentlicht hat. Kormann selbst hat, seitdem durch Dr. Schmitz der Zusammenhang zwischen retropharyngealer Lymphadenitis und Retropharyngeal-Abszess nachgewiesen worden ist, sämmtliche Kinder, welche wegen chronischen Nasenkatarrhes oder chronischen Pharyngealkatarrhes irgend welcher Art, sowie wegen der gleichartigen akuten Erkrankungen in seine Behandlung gekommen sind, der Digitaluntersuchung des Schlundkopfes auf Lymphadenitis unterworfen. Dasselbe gilt auch von denen, deren Krankheit mit Schlingbeschwerden verlief. Unter 211, seit dem September 1873 dieser Untersuchung — welche, wenn mit gehöriger Gewandtheit ausgeführt, den Kranken kaum eine Unannehmlichkeit bereiten soll — unterworfenen Fällen fand Kormann 193 Mal Lymphadenitis retropharyngealis und zwar unter

33	Fällen	von Soor	23 Mal
15	„	„ Stomatitis catarrhalis und ulcerosa	12 Mal
57	„	„ (skrophulöser) Ozaena und Pharyngitis chronica . . .	55 Mal
10	„	„ Entzündungen des Gehörganges (meist Mittelohrkatarrhen)	10 Mal
83	„	„ Pharyngealkatarrh bei Scharlach und Masern	80 Mal
13	„	„ Diphtheritis faucium	13 Mal.

Von diesen 193 Fällen kam es nur in einem einzigen zur Abszedirung. Bei Erwachsenen hat Verfasser sein Augenmerk bisher nur auf Pharyngeal-Luës gerichtet und konnte in 15 untersuchten Fällen stets Drüsenschwellungen nachweisen, ebenso in zwei Fällen von Merkurialismus. In einem weiteren Falle beobachtete er einen beiderseitigen Retropharyngealabszess bei einem an chronischer Pharyngitis und verdächtigem Husten leidenden, in schlechten Verhältnissen lebenden Individuum. In 18 Fällen konnten also auch beim Erwachsenen geschwellte Retropharyngeallymphdrüsen entdeckt werden. — Nach seiner eigenen auf wiederholte Untersuchung der einzelnen Fälle gestützten Erfahrung muss der Verfasser daher annehmen, dass Lymphadenitis retropharyngealis bei Kindern häufiger vorkommt als man bisher geglaubt hat. Fast in jedem Falle von skrophulöser Ozaena oder Pharyngitis, von Rachendiphtherie oder Entzündung des Gehörorganes lassen sich hinter

der Mandel auf der einen oder auf beiden Seiten geschwellte Lymphdrüsen nachweisen. Da dem Verfasser aber unter allen Fällen bisher nur ein Retropharyngealabszess zur Beobachtung gekommen ist, betrachtet er, abweichend von Bókai, den Ausgang in Zertheilung als Regel. Die Bestätigung des Befundes durch die Autopsie konnte bisher nicht geliefert werden, da in dem einzigen Todesfalle (Scharlach mit Diphtheritis faucium) die Erlaubniss verweigert wurde. Im Uebrigen, namentlich auch in Bezug auf die Lage der geschwellten Retropharyngealdrüsen, stimmt Kormann mit Bókai überein. Er pflegt den Zeigefinger, während er mit einem Spatel oder Löffelstiel zwischen den Kiefern resp. Zahnreihen, den Zungenrücken niederdrückt, bis hinter den Unterkieferwinkel vorzuschieben und von da bis zur Mittellinie den Retropharyngealraum abzutasten. Die Untersuchung der anderen Seite geschieht nach kurzer Pause mit dem anderen Zeigefinger. Meist finden sich die Drüsenschwellungen, von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse, hinter beiden Tonsillen, seltener nach der Mittellinie zu, ganz selten genau in ihr. — Als Ergebniss seiner Untersuchungen und Beobachtungen stellt Kormann folgende Schlusssätze auf: 1) Geschwellte und entzündete Retropharyngealdrüsen (Lymphadenitides retropharyngeales) sind ein häufiger Befund der Erkrankungen der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle, sowie des Gehörorganes und wahrscheinlich ebenso als Regel anzusehen, wie die Schwellung subkutaner Lymphdrüsen bei Ekzemen der Haut und skrophulösen Entzündungen überhaupt. Als besonders disponirende Momente der Lymphadenitis retropharyngealis sind zu nennen die chronischen Entzündungen, wie sie bei skrophulösen Kindern vorhanden sind, und die akuten Affektionen, die mit Entzündung der Rachenorgane einhergehen und auf Infektion beruhen (Diphtherie, Masern, Scharlach, Soor, Luës). Ueber Pocken hat Verfasser keine Erfahrung. — 2) Alle Retropharyngealabszesse sind sekundär, der idiopathische der Lymphadenitis, der traumatische der Verletzung, der Senkungsabszess der Halswirbelkaries. Auch die Lymphadenitis retropharyngealis ist sekundär der Erkrankung der Schleimhaut oder, wenn man will, der Skrophulose oder aber einer Infektionskrankheit. Die von Bókai als sekundär bezeichneten Abszesse sind daher Senkungsabszesse zu nennen. 3) Der Retropharyngeal-Abszess ist nicht auf die ersten zwei Lebensjahre (Schmitz), nicht auf die Kindheit (Bókai) beschränkt, wenn auch gleichartige Erkrankungen bei Erwachsenen zu den grossen Seltenheiten gehören. —

Im Vereine der Aerzte in Niederösterreich, Sektion Wien, Sitzung vom 15. April 1878, sprach Prof. Klebs „über Kuhpocken-Impfung“. Derselbe stellte zunächst die Thatsache fest, dass durch Impfungen mit Menschenlymphe Uebertragungen von Infektionskrankheiten (namentlich Syphilis, Tuberkulose und Skrophulose) stattfinden können, ohne dass hierbei dem impfenden Arzte eine Schuld beigemessen werden dürfte. Er weist ferner auf die allgemein anerkannte Nothwendigkeit der Vaccination und Revaccination hin, die nur dann energisch durchführbar seien, wenn eine vorwurfsfreie Lymphe den Aerzten zur Verfügung stehe. Als eine solche sei nach seinen Erfahrungen die Kuhlymphe zu bezeichnen, weil man sich bei Benützung derselben stets vorher durch die Sektion überzeugen könne, ob das Thier, dem die Lymphe entnommen wurde, gesund gewesen sei oder nicht. Er hat sich nun weiter mit der Frage der besten Art und Weise der Kuhpocken-Impfung, welche eingeführt werden soll, seit Jahren eingehend beschäftigt und gelangte dabei zu dem Ergebnisse, dass von der flüssigen Lymphe das in ihrem Inneren enthaltene Gerinnsel stets mitgeimpft werden müsse, um eine haftende Impfung zu erzielen; weiter, dass häufig die Lymphe ganz unbrauchbar sei, besonders dann, wenn sie ohne jeden Zusatz flüssig erscheint, endlich dass sich als beste Konservirungsmethode der Kuhlymphe das Eintrocknen derselben auf Glasplatten empfehle. Herr Impfarzt Hay benützt hierzu Gläser in Form von Objektträgern, welchen ein Papierrändchen aufgeklebt ist. Diese werden in einen Wärmeapparat hineingegeben und nach sorgfältiger Reinigung werden zwei solche Glasplatten übereinander gelegt und die Lymphe in dem zwischen ihnen befindlichen Raume konservirt. Klebs spricht sich schliesslich dahin aus, dass man durch die Einrichtung von Impfanstalten an verschiedenen Orten für die Beschaffung einer brauchbaren Lymphe sorgen müsse und dass man erst dann an den Staat mit der Forderung der zwangsweisen Vaccination und Revaccination herantreten könne. (Wien. med. Wochenschrift, 1878, Nr. 18.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 22.

Erlangen, am 1. Juni 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Karbolsäurevergiftung. Zur Aetiologie und Therapie des Pes varus congenitus. Cercomonas intestinalis in diarrhoischen Stuhlgängen. Die Leber Hauptbildungsstätte des Harnstoffs. Einfluss der Erregungen der Sinne auf die Herzthätigkeit. Ursache spontaner Hodengangrän nach Orchitis.

Auf dem 7. Kongresse deutscher Chirurgen in Berlin hielt am 10. April 1878 Dr. Küster aus Berlin folgenden Vortrag „über die giftigen Eigenschaften der Karbolsäure bei chirurgischer Anwendung". — „Die Angaben, welche ich Ihnen über die Karbolsäure machen will, stützen sich auf eine dreijährige Erfahrung und auf eine Reihe in Gemeinschaft mit Dr. Markwald ausgeführter Versuche, welche freilich noch nicht ganz zum Abschlusse gelangt sind. So lange die Karbolsäure überhaupt in den Medikamentenschatz eingeführt ist, wurde fortwährend auf die giftigen Eigenschaften derselben aufmerksam gemacht und gibt es in der Literatur zahlreiche Mittheilungen über Vergiftungen damit. Doch handelt es sich dabei meistens nur um Fälle, in welchen unvorsichtiger Weise oder in selbstmörderischer Absicht grössere Mengen des Mittels in den Magen eingeführt worden waren. Indessen existirt jetzt doch auch schon eine nicht unbedeutende Zahl von schweren Vergiftungen in Folge äusserer Anwendung, selbst auf Wunden; ich habe 20 Fälle der Art gesammelt, ganz abgesehen von leichteren Formen. Wenn ich diese in zwei Gruppen theile, so habe ich in der einen 7 Fälle mit geringeren Allgemein-Erscheinungen, darunter einen Todesfall in Folge längerer Anwendung, und in der anderen 13 schwerste Fälle mit fünf Todesfällen. Eigene Erfahrungen besitze ich über 5 derartige Fälle, von welchen 4 lethal verliefen. Drei Mal handelte es sich freilich um ganz heruntergekommene Individuen in desolatem Zustande, doch ist immerhin bei zweien derselben das tödtliche Ende durch den Gebrauch der Karbolsäure beschleunigt worden. In zwei Fällen dagegen handelte es sich um zwar schwere, aber doch heilbare Krankheiten. — Ich wende mich nun zu den Einzelnheiten dieser fünf Fälle: 1) Im ersten Falle kam ein 23jähriges, sehr elendes Mädchen mit hochgradiger Mastdarmstriktur zu uns. Diese wurde durchschnitten, 14 Tage später stellte sich Fieber ein, es wurden Ausspülungen mit 2.5 pCt. Karbollösung vorgenommen. Im Laufe dieser Behandlung kam es mehrmals zu leichten Kollapserscheinungen und, als einst absichtlich eine etwas grössere Menge Karbolsäure im Rektum verblieben war, trat ein so beträchtlicher Kollapsanfall auf, dass die Kranke verloren erschien. Wider Erwarten erholte sich dieselbe, zeigte aber am nächsten Tage auf der Hornhaut einen nekrotischen Fleck. Als sie später pyämisch erlag, fand sich neben dem Mastdarm eine mit demselben durch eine Oeffnung kommunizirende Höhle, in welche vermuthlich die Lösung hineingerathen war. 2) Bei einem $2^3/_4$ jährigen Kinde, welches an schon lange bestehendem Empyem der Brusthöhle litt, machten wir die Inzision und Resektion einer Rippe. Es erfolgte dabei ein nicht bedeutender Blutverlust aus einer Interkostalarterie. Nach einer Ausspritzung der Wundhöhle mit 2.5 pCt. Karbollösung erfolgte innerhalb drei Stunden der Tod. 3) Handelte es sich um

eine 39jährige Frau, bei welcher sich aus einer Periostitis des Darmbeines ein Becken-Abszess gebildet hatte, welcher in die Blase durchgebrochen und in Zersetzung übergegangen war. Die Patientin hatte schon vor ihrer Aufnahme einen Schüttelfrost gehabt. Nach Inzision des Abszesses unter antiseptischen Kautelen und nachfolgender Ausspülung mit 5 pCt. Karbolsäure kollabirte die Kranke plötzlich, erholte sich indessen wieder, mass aber an demselben Abende nur 35° C. Am nächsten Morgen wurde der Verband gewechselt, es wurde wieder mit 5 pCt. Karbolsäure ausgespült, worauf die Kranke plötzlich kollabirte und starb. 4) Bei einem $3^1/_2$ jährigen Knaben wurde eine Resektion des Hüftgelenkes ausgeführt. Der Verlauf war hier ein ähnlicher wie im vorigen Falle; auch dieser Patient erholte sich anfangs, kollabirte jedoch zum zweiten Male nach dem am nächsten Tage vorgenommenen Verbandwechsel und starb. 5) Bei einer 33jährigen Frau war in Folge einer Wunde am linken Unterschenkel ein schweres Erysipel aufgetreten mit wiederholten Schüttelfrösten und Entwicklung eines grossen Abszesses unter dem rechten Gesässe, welcher nicht ganz genügend eröffnet worden war. Als die Kranke in einem höchst desolaten Zustande in's Spital kam, fand sich daneben noch eine Vereiterung des linken Kniegelenkes. Letzteres wurde punktirt und ausgewaschen, der Abszess weit eröffnet und ebenfalls mit 5proz. Lösung ausgespült. Sofortiger Kollaps, welcher nach 4 Stunden zum Tode führte. — Sie werden mir vielleicht nicht ohne Weiteres zugeben, dass es sich in den genannten Fällen immer um Karbolsäure-Vergiftung gehandelt habe; am zweifelhaftesten ist in dieser Beziehung der zweite Fall, das Empyem der Brusthöhle, welcher in seinem Verlaufe sehr an das erinnert, was man gemeiniglich Shok nennt. Lassen Sie mich mit wenigen Worten näher darauf eingehen. Die Engländer haben dem Begriff „Shok" eine sehr weite Ausdehnung gegeben, Jordan spricht sogar von Shok nach Aufnahme gewisser Gifte, wie Blausäure, in den Organismus. In derselben Weise könnte man auch von Shok nach Karbolsäurevergiftung sprechen, indessen hätte dies wenig Zweck. In Deutschland ist der in Rede stehende Begriff enger begränzt worden und definirt z. B. Hermann Fischer den Shok als eine durch traumatische Erschütterung hervorgerufene Lähmung der Gefässnerven, wenigstens des Splanchnicus. Diese Definition ist wankend geworden, seitdem verschiedene Erscheinungen, auf welche sich Fischer stützt, anderweitig erklärt sind, seitdem zahlreiche Todesfälle, welche man früher dem Shok zuschrieb, durch akute Septihämie und Abkühlung bei lange dauernden Operationen gedeutet werden können. Auch eine weitere Erscheinung, welche man immer auf Rechnung des Shok setzte, verlangt eine andere Deutung. Jordan hat nämlich gefunden, dass während einer Amputation bei Durchsägung des Knochens die Körpertemperatur plötzlich bis um einen Grad Celsius sinke. Vor zwei Jahren habe ich diese Versuche wiederholt, doch habe ich niemals ein plötzliches Sinken der Temperatur beobachtet. Diese Differenz kann ich mir nur dadurch erklären, dass ich jedes Mal die Konstriktion ausführte, so dass ich ohne Blutverlust, Jordan dagegen mit plötzlichem Blutverluste operirte, so dass das plötzliche Sinken der Temperatur wohl nur auf Blutverlust und Abkühlung zurückzuführen sein dürfte. Die Fischer'sche Definition ist auch noch von einem anderen Gesichtspunkte aus anfechtbar; Georg Wegner hat nämlich die Hyperämie der Unterleibsgefässe als Entspannungshyperämie erklärt, so dass die vorwiegende Lähmung des Nervus splanchnicus dadurch sehr zweifelhaft wird. Endlich dürfte nicht bloss ein Trauma den Shok erzeugen können, da auch plötzliche Erregung anderer Sinnesnerven, des Optikus und Akustikus, durch Hervorrufen von Angst und Schrecken zu Shok-Erscheinungen Anlass gibt. Am nächsten liegt es wohl, den Shok als reflektorische Herzparalyse zu erklären. Was nun die Frage anbetrifft, ob die beschriebenen Fälle ganz oder theilweise durch Shok lethal verlaufen sind, so möchte ich es ablehnen, von Shok zu sprechen, wenn eine Operation, welche ohne erheblichen Blutverlust ausgeführt wurde, zum Tode führt, abgesehen allerdings von alten Leuten; ebenso glaube ich den Shok ausschliessen zu müssen, wenn die Patienten sich von der Operation bereits wieder völlig erholt haben und dann plötzlich sterben. Diesen Massstab bitte ich Sie an die Beurtheilung meiner Krankheitsgeschichten zu legen. — Gestatten Sie mir nun, die Symptome der Karbolsäure-Intoxikation zu präzisiren. Die Karbolsäure ist ein Gift für alle Organismen, für Pflanzen und Thiere; für niedrige Thiere schon in kleinen Dosen, für Warmblüter erst in grossen Dosen von lethaler

irkung, nach einigen bei 3.0—5.0, nach deren zu 10.0, ja selbst zu 20.0. Husemann bestimmt die tödtliche Dose zu 0.5‰ s Körpergewichtes. Wir haben unsere Experimente meist mit 5 proz. Lösungen mittelst fusion in eine Vene angestellt, weil in dieser Weise die Vergiftungserscheinungen am insten auftreten müssen. Die kleinste Dosis r Hunde beträgt 0.036‰ des Körpergeichtes; hierbei erholt sich jedoch das Thier ieder gewöhnlich und stirbt erst einige unden später. Der augenblickliche Tod erlgt erst bei einer viel grösseren Dose, in nem Falle bei sehr langsamer Infusion bei 076‰ des Körpergewichtes. Zwischen esen beiden Zahlen dürfte die tödtliche osis schwanken. Bei Injektionen der Karolsäure in die Venen eines Hundes entsteht hon bei 5—7.5 Grm. einer 5 proz. Lösung n leises Muskelzittern, bei 10.0 Zittern am nzen Körper und konvulsivische Stösse, i 15.0 schwindet das Bewusstsein und stellt ch gleichzeitig erhebliche Steigerung der eflexerregbarkeit ein. Bleibt die injizirte osis unterhalb der tödtlichen Gränze, so gt das Thier längere Zeit zitternd und bewusstlos da, erholt sich dann, läuft zunächst umelnd und wie betrunken umher, um dann ine volle Gesundheit wieder zu erlangen. njizirt man über die untere Gränze der tödtchen Dosis hinaus, so verschwinden die brigen Symptome und es bleiben nur noch ie konvulsivischen Stösse übrig, bis zuletzt it Stillstand der Respiration der Tod erlgt. Das Herz pulsirt noch eine kurze eit weiter. Hieraus ergibt sich, dass es ch um eine direkte Einwirkung auf die erven, speziell auf das Centralnervensystem, ndelt, indem dasselbe zuerst gereizt und nn gelähmt wird. Versuche von Salkowsky nd Plugge haben dies ziemlich unzweifelaft festgestellt. Zum Menschen übergehend önnen wir drei Vergiftungsgrade unterscheien, deren erster und leichtester sich häufig, ber durchaus nicht immer durch eine vernderte, dunkle oder dunkelgrüne Färbung es Urins kennzeichnet. Der dieser Aenderng zu Grunde liegende Farbstoff ist noch icht bekannt. So viel ist jedenfalls sicher, ass die Färbung nicht durch die Anwesenheit der Karbolsäure als solcher bedingt ist, a diese nach Baumann vielmehr als gepaarte Schwefelsäure, die sog. Phenylschwefelsäure, ausgeschieden wird. Auffallend ist es, ass diese Färbung des Urines kaum jemals ei Vergiftungen in Folge innerlicher Darreichung beobachtet worden ist. — Zweiter Grad. Wenn grössere Dosen der Karbolsäure dem Körper einverleibt werden, so bemerkt man Kopfschmerz, Schwindel, Brechneigung, Erbrechen, dann vermehrte Speichelabsonderung, Fieber, Veränderungen der Pupillen und Dysphagie. Die Deutung dieser Symptome als gastrische findet darin eine Schwierigkeit, dass sie beim Weglassen des Karbolverbandes schnell schwinden, was bei Magenerscheinungen nicht stattfindet, fernerhin ist die Dysphagie in das Bild eines Magenkatarrhes schwer einzureihen, während es keinen erheblichen Schwierigkeiten unterliegen dürfte, alle die genannten Symptome auf eine Gehirnreizung zurückzuführen. Von besonderem Interesse ist das Auftreten des Fiebers, welches bei Thieren als Folge der Karbolinfusion mit grosser Regelmässigkeit beobachtet wird, freilich in verschiedener Weise. Bei kleineren Dosen nämlich steigt die Temperatur oft schon während der Operation und hält sich einige Stunden auf einer gewissen Höhe, bis die Karbolsäure durch den Urin wieder ausgeschieden ist; bei grösseren Dosen dagegen, welche sich der lethalen Gränze nähern, fällt die Temperatur zunächst während der Operation, um dann nachher zu steigen. Auch hierbei hat man vielleicht an eine Einwirkung auf das Centralnervensystem zu denken. Dieses Fieber hat aber auch eine hervorragende praktische Bedeutung, seitdem durch Volkmann und Genzmer auf das Vorkommen des sog. aseptischen Wundfiebers aufmerksam gemacht worden ist. Die Thatsache ist nicht zu bezweifeln, aber in der Deutung stimme ich mit den genannten Autoren nicht überein. Ich glaube nämlich, dass für einen Theil der Fälle, wenn auch nicht für alle, das Fieber als Karbolintoxikationsfieber aufzufassen ist. Verschiedene Tabellen beweisen, wie bei einzelnen Individuen nach jedem Verbandwechsel, bei welchem reichlich Karbolsäure verwendet wurde, starke Temperatursteigerungen eintreten, welche schon am nächsten Tage wieder der Normaltemperatur Platz machen. Bei Anwendung anderer Verbände kommt Derartiges höchstens ganz ausnahmsweise vor. Von einer kumulirenden Wirkung der Karbolsäure ist übrigens bei der schnellen Ausscheidung derselben durch die Nieren nicht die Rede, aber es gibt einen Karbolmarasmus, der zum Tode führen kann. — Dritter Grad. Bei Infusion grosser Mengen schwindet oft fast plötzlich das Bewusstsein, heftiger Schweiss bricht aus, der

Puls ist sehr klein, die Respiration flach, zuweilen unregelmässig und stossweise, zuweilen mühsam. In diesem Bilde muss das Fehlen der Muskelzuckungen auffallen, welche beim Warmblüter nie fehlen; doch ist dies das Gewöhnliche. Hier und da kommen auch beim Menschen Andeutungen davon vor. Meistens besteht ein Zustand einer leicht tonischen Kontraktion der Muskeln, welcher dem Körper eine eigenthümliche Starrheit verleiht. Als Veränderungen der Pupille kommt sowohl Mydriasis wie Myosis vor. — Nach alledem charakterisirt sich die Karbolsäure als ein Gift, welches in kleinen Dosen schnell durch die Nieren ausgeschieden wird, während es in grösseren in immer wachsendem Maasse eine Reizung, später eine Lähmung des Centralnervensystems hervorruft, bis durch Lähmung des Respirationscentrums der Tod erfolgt. Ob Nachkrankheiten vorkommen, darüber fehlen mir Erfahrungen. Die bei inneren Vergiftungen beobachteten Pneumonieen sind wohl auf das Einfliessen der Karbolsäure in die Luftwege zurückzuführen. — Es gibt nun offenbar eine ganze Reihe von Zuständen, welche die Wirksamkeit des Giftes (der Karbolsäure) beeinflussen. Dies bildete das zweite Objekt unserer Experimente. In dieser Beziehung kommt zunächst die akute Anämie in Betracht. Macht man Thieren Blutentziehungen, etwa ein Dritttheil der Gesammtmenge betragend, und infundirt nachher Karbolsäure, so genügt schon der vierte Theil jener Dose, welche die untere Gränze der lethalen Dosis bildet, um sofort den Tod zu veranlassen. Ueberträgt man dies auf den Menschen, so ist daran zu erinnern, dass bei Blutverlusten die Bedingungen für die Resorption günstigere geworden. Und in der That habe ich häufig den Eindruck gehabt, als ob plötzlich anämisch Gewordene die Karbolsäure sehr schlecht ertragen. Es ist sehr wohl möglich, dass vielfach die Anämie als Todesursache aufgeführt wird in Fällen, in welchen es sich im Wesentlichen um Karbolintoxikation handelt. Ferner kommen langdauernde Eiterungen in Betracht, alsdann Fieber, vornehmlich septisches und pyämisches Wundfieber. Es scheint hier eine intensive Wirkung stattzufinden, aber leider harren bezüglich dieses Punktes unsere Experimente vorläufig noch des Abschlusses. Immerhin glaube ich schon jetzt sagen zu können, dass jeder Marasmus die Empfänglichkeit ausserordentlich erhöht. Diese beiden Punkte, Anämie und Marasmus, geben, wie ich glaube, den Schlüssel ab für das Verständniss sonst völlig unbegreiflicher Dinge. Wenn man nämlich das Körpergewicht als Massstab der Empfänglichkeit auch für den Menschen annimmt, so würde ein gesunder Mensch von 60 Kilogramm Körpergewicht nicht weniger wie 21 Gramm Karbolsäure zur tödtlichen Vergiftung brauchen, eine Dosis, wie sie selbstverständlich in der chirurgischen Anwendung dieses Medikamentes niemals vorkommt. Ist aber durch Anämie und Marasmus die Empfänglichkeit eine siebenfach erhöhte, also die tödtliche Dosis auf 3 Grm. herabgesunken von 21 Grm., dann versteht sich die Gefährlichkeit des Mittels schon eher. — Es spielt nun fernerhin das Alter eine Rolle, insoferne Kinder besonders disponirt sein sollen. Das entspricht auch unserer früheren Erfahrung betreffs der Grösse des Körpergewichtes; noch dazu handelt es sich zumeist um geschwächte Kinder. Ob auch Frauen mehr disponirt sind als Männer, besonders als solche, welche dem Alkohol ergeben sind, weiss ich nicht. — Von Einfluss ist endlich die Lokalität, an welcher die Karbolsäure aufgenommen wird; Husemann hat von diesem Gesichtspunkte aus eine Skala entworfen. Am gefährlichsten scheint die direkte Aufnahme in's Blut zu sein, sehr gefährlich ist auch der Kontakt mit serösen Häuten, besonders solchen, die noch nicht erkrankt sind. Endlich ist auch eine gewisse individuelle Prädisposition nicht hinwegzuläugnen, da manche Personen gegen jede Anwendung in jeder Form reagiren. —

Nach diesen Ausführungen habe ich mir die Frage vorlegen müssen, ob bei den oben mitgetheilten Todesfällen ein besonderes Verschulden meinerseits angenommen werden müsse. Diese Frage glaube ich verneinen zu müssen, da ich nichts gethan habe, als was sonst fast überall geschieht. Die Erklärung für die ungewöhnlich grosse Zahl der Beobachtungen dürfte demnach anderweitig zu suchen sein. Sieht man die „antiseptische“ Literatur der letzten Jahre nach dieser Richtung hin durch, so trifft man vielfach auf Ausdrücke und Krankheitsgeschichten, welche die Vermuthung nahe legen, dass unter anderen Namen sich vielfach Fälle von Karbolvergiftung finden, welche *als solche* nicht erkannt werden. Shok und Kollaps bilden bekanntlich den grossen Topf, in welchen wir alle plötzlichen und unerklärlichen Todesfälle hineinzuwerfen gewohnt sind. Nun finden sich in der von Reyher mitgetheilten Statistik der Lister'schen Klinik unter 22

desfällen und Amputationen nicht weniger
e 18 Male die Ausdrücke „Shok, exhaustion
d anaemia". Auch ein Ausdruck wie: „Vor
ginn der Reaktion gestorben" lässt in sei-
r Unbestimmtheit der Vermuthung Raum,
ss die eigentliche Todesursache unbekannt
blieben sei. Ich führe endlich noch zwei
ispiele aus dem Köhler'schen Jahres-
richte der Bardeleben'schen Klinik im
I. Bande der Charité-Annalen an. An
nem hoch-fiebernden Kranken wird die Ex-
tikulation des Oberarmes gemacht, welche
t mässigem Blutverluste vor sich ging. Zwei
unden später kollabirt der Kranke und stirbt.
öhler macht nun die Bemerkung, es sei
ffallend gewesen, dass der Kranke vor der
peration 39.5, unmittelbar nachher 41.1° ge-
essen habe, und gerade diese auffallende
scheinung erregt mir den Verdacht, dass
ne Intoxikation vorhanden gewesen sei. In
nem zweiten Falle wird eine sehr marastische
ranke im Knie exartikulirt, bekommt un-
illbares Erbrechen und stirbt nach acht
agen marastisch. Auch hier halte ich die
nnahme einer Intoxikation nicht für undenk-
ar. — Wenn nun solche Gefahren bei der
nwendung der Karbolsäure vorhanden sind,
nn müssen wir auf Abhilfe sinnen. Die
orderung wird wohl Niemand im Ernste
ellen wollen, dass man wegen einiger Todes-
lle an meistens marastischen Individuen eine
ehandlungsmethode aufgeben solle, welche
zahlreiche Leben zu erhalten und den
reis unseres chirurgischen Handelns so sehr
erweitern erlaubt; aber wir haben denn
ch die gebieterische Pflicht, auf Mittel und
ege zu sinnen, um auch jenen Vorkomm-
ssen vorzubeugen. Am einfachsten wäre
n Ersatz der Karbolsäure durch ein anderes
ittel; augenblicklich jedoch gibt es kein
lches. Wir würden ferner ruhiger sein
rfen, wenn wir ein sicheres Gegengift hät-
n. Baumann hat ein solches in dem
laubersalze zu finden vermeint, welches
onnenburg in der That für leichte Ver-
iftungen erprobt gefunden hat. Ob es auch
r schwere Fälle, für plötzliche Intoxikationen
irksam sei, das war die dritte Frage, welche
ir experimentell zu lösen versucht haben.
n Mal haben wir hintereinander 5proz.
arbolsäure und Glaubersalzlösung zu gleichen
heilen in die Venen injizirt; als Ergebniss
lgte dieselbe Intoxikation wie früher. Da
/2 Theile des Salzes auf 1 Theil der Säure
ommen, so haben wir demgemäss die Lös-
ngen verändert, aber die Wirkung blieb die
gleiche. Dies war auch der Fall, wenn wir beide Substanzen vor der Injektion in einer Schale mischten. Jedenfalls geht die Umwandlung in Phenylschwefelsäure so langsam vor sich, dass die Hilfe wohl meistens zu spät kommt. Daher bleibt nichts übrig, als im Falle einer Intoxikation die Wunden zu öffnen, sie mit einer anderen antiseptischen Lösung (Thymol oder Salicyl-Säure) frisch auszuspülen und anderes Verbandmaterial zu wählen. — Im Gegensatze zu Hueter halte ich die 5proz. Karbolsäure für sehr gefährlich, so dass ich sie fast gar nicht mehr anwende. Das Chlorzink, welches ich zur Desinfektion bereits infizirter Wunden gebrauche, hat gar keine unangenehmen Eigenschaften, nur wenn es mit grosser Gewalt eingespritzt wird, macht es zuweilen Hautgangrän und Eiterung im Bindegewebe. Bei Laparotomieen muss man sich hüten, viel Karbolsäure in die Bauchhöhle zu bringen. Bei elenden Kindern schliesslich möchte ich der grösseren Gefährlichkeit des Mittels wegen lieber auf strengste Antisepsis verzichten, nur unter einem $1^1/_2$-prozentigen Spray operiren und jede Ausspülung vermeiden. — Was im einzelnen Falle zu thun sei, wird sich von selbst ergeben, wenn man die Gefahren erwägt, welche durch die Besonderheiten des Falles gegeben sind; aber ich glaube, dass diese Erwägungen uns in Zukunft sehr wohl davor schützen können, ein so theures Lehrgeld zu zahlen, wie ich es leider habe zahlen müssen. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medizin, 1878, Nr. 19.) —

In der deutschen Zeitschrift f. Chirurgie IX S. 329 ff. bespricht Dr. Kocher zu Bern die Aetiologie und Therapie des Pes varus congenitus. Die Annahme, der typische Klumpfuss entstehe durch drückende Einflüsse der Uteruswand, welche im späteren Fötalleben sich geltend machen (Lücke, Banga u. A.), ist nur für seltene, meist komplizirte Fälle als nachgewiesen zu betrachten. Dagegen verfügt Verf. über eine Beobachtung, welche zeigt, dass für eine frühe Fötalperiode die Abhängigkeit der Verbildung von Fruchtwassermangel und Uterusdruck eine sehr wahrscheinliche ist. Ein dreimonatlicher Fötus ist in Folge dieser Momente so stark kugelförmig zusammengedrückt, das Kopf, Rumpf und Steiss eine fast genau kreisförmige Begränzungslinie zeigen. Während nun linkerseits

der Fuss in der Höhlung zwischen Steiss und Kopf eingebettet und vor direktem Drucke sichergestellt ist, ist der rechte Fuss auf den Schädel vor der grossen Fontanelle gelagert, so zwar, dass der Unterschenkel mit der Gegend des Malleolus internus dort aufruht. Der ganze Fuss musste somit dem Drucke der Umgebung in der ganzen Länge seiner Aussenseite ganz besonders günstige Angriffspunkte bieten und ist in der Weise zum Pes varus umgeformt worden, dass die Planta bis zur Berührung der Stirnbeinwölbung an den Kopf des Fötus angedrückt erhalten wurde. Die Hand derselben Seite zeigt das Bild der Klumphand. Was der Drucktheorie, im Sinne des Verfassers, einen Vorzug verschafft vor der Volkmann'schen Annahme eines „primären, fehlerhaften Auswachsens der Gelenkkeime", das ist 1) die Theilnahme auch anderer Skelettheile an der Verbildung. Wie Kocher mittelst sehr genauer Messungen zeigt, nimmt zwar die Verbildung des Talus und Calcaneus den Hauptantheil an der Stellung des Pes varus, doch sind auch die Unterschenkelknochen und alle übrigen Tarsalknochen in abnorme Formen gezwängt und zwar in solche, die entstehen müssen, wenn man durch künstlichen Druck während einer gewissen Wachsthumsperiode den Fuss in eine Klumpfussstellung zwingen würde; 2) benutzt Verfasser in diesem Sinne auch die Thatsache, dass die Intensität und der Herd der Deformität der Gelenkkörper sich ziemlich genau nach dem Grade der Beweglichkeit der anstossenden Gelenke richtet. Je schlaffer das Gelenk, desto stärker erscheint die Verlagerung der Gelenkflächen und die Difformität der Gelenkkörper. Diese Thatsache findet ihre natürlichste Erklärung durch das Vorhandensein eines in bestimmter Richtung wirksamen Druckes. — Wie Julius Wolff ist auch Verfasser der Ansicht, dass die orthopädische Behandlung des angeborenen Klumpfusses schon in den ersten Wochen nach der Geburt zu beginnen habe. Sein Verfahren besteht darin, dass ein entsprechend geformtes Brettchen, mit Heftpflaster bestrichen, an die Fusssohle fest angepresst und dann der Fuss von einem Assistenten kräftig aufgerichtet wird. Von einem zweiten Assistenten wird ein in Form eines Steigbügels über das Brettchen gehender Heftpflasterstreifen zu beiden Seiten des Unterschenkels kräftig nach oben gezogen und am Knie angedrückt erhalten. Ueber das Ganze kommt ein Gypsverband. Durch drei bis vier solcher Verbände wurde innerhalb zwei bis drei Monaten in einzelnen Fällen vollständige Korrektur der Stellung erzielt. Letztere betrachtet Kocher mit Recht nur dann als vorhanden, wenn nicht nur die Form des Fusses eine annähernd normale ist, sondern wenn wirklich das Kind die Sohle beim Auftreten ganz flach aufzusetzen, resp. jüngere Kinder den Fuss über den rechten Winkel dorsalwärts flektirt zu halten vermögen. Alle nicht so weit gediehenen Fälle bekommen Recidive. Bei den hochgradigsten Fällen von Klumpfuss muss zunächst unter Beibehaltung des gegebenen Equinus der vordere Fussabschnitt auswärts orthopädirt werden (Dieffenbach u. A.) durch Anlegung einer Aussenschiene an den Unterschenkel u. s. w. —

In diarrhoischen Stuhlgängen, besonders bei Cholera und Typhus, ist zuerst von Davaine, später von Lambl, Eckkranz, Thann und Marchand ein Infusorium gefunden worden, der Cercomonas intestinalis. Neuerdings beobachtete E. Zunker dieses Thier in neun Fällen auf der Klinik des Prof. Leyden zu Berlin. Ausser einem Falle von Carcinoma ventriculi, in welchem sich merkwürdiger Weise das Infusorium im Soorlager auf der Zunge und nur selten im dünnbreiigen Stuhlgange fand, waren die übrigen Fälle zur Hälfte mit schweren akuten resp. chronischen Leiden komplizirt, zur anderen Hälfte waren es rein gastrisch-enteritische Krankheitszustände. Die Stuhlgänge hatten alle dasselbe charakteristische Aussehen: sie waren von braungelber Farbe, zeigten einen faden fauligen Geruch bei dünnbreiiger Konsistenz und waren durch meist in Form kleiner Klumpen eingelagerte Schleimmassen ungewöhnlich zähe. In diesen Schleimmassen findet sich der Cercomonas gewöhnlich in auffallend grosser Zahl. Davaine unterscheidet von demselben zwei Unterarten, deren Beschreibung wir nach Zunker geben, dessen Angaben sich in einigen, jedoch nicht wesentlichen, Punkten von denen der früheren Autoren unterscheiden. Die eine der Marchand'schen ganz gleiche Art hat eine einem Mandelkerne ähnliche Gestalt; im Inneren des Körpers befinden sich einzelne Körnchen und dem hinteren spitzen Ende naheliegende blasenähnliche Gebilde. Das spitze Ende läuft in einen Stachel aus, das vordere trägt eine Reihe von Linien. Länge 0.013—0.018 Mm.,

eite 0.007—0.01 Mm. Die zweite Unterart t einen länglich-ovalen, hinten spitz zuıfenden Körper, am hinteren Ende einen ırren Stachel, am vorderen eine lange issel und meist nur einen bläschenförmiı Kern. In den frisch entleerten Stuhlngen war die Bewegung der Monaden eine ır starke. Kürzere oder längere Zeit nach r Entleerung starben sie ab. Temperaturen ter 12° und über 45° C. verursachten stets uerndes Absterben. Zusatz schwacher Säui vermehrt die Bewegungen. — Die vom rfasser beobachtete Exacerbation der Diarœ mit der Vermehrung der Infusorien soe der Nachlass der ersteren mit dem Verıwinden dieser letzteren lässt auf einen urchlichen Zusammenhang zwischen Diarrhoe d Cercomonas schliessen. Das seltene Vorımmen des Thieres ist wahrscheinlich durch wisse, nicht näher bekannte Ernährungsdingungen im Darme bedingt. Den hauptchlichsten Sitz derselben verlegt Zunker, stützt auf die günstigen Erfolge seiner Bendlung, in den unteren Abschnitt des Darmbres. Als sicherstes Mittel zur Beseitigung s Cercomonas und der durch ihn bewirkten arrhoe empfehlen sich Eingiessungen grösıer Wassermassen in den Darm, denen 0.02 0.03 Sublimat zugesetzt wird. Andere sätze, wie Chinin, Karbolsäure etc. erwiesen h als unwirksam. (Centralbl. f. d. mediz. issensch., 1878, Nr. 19.) —

Nach den neuesten physiologischen Unterchungen ist die Leber die Hauptbildgsstätte des Harnstoffes und entht dieser in Folge der in diesem Organe ttfindenden Zerstörung der rothen Blutrperchen. Von dieser Anschauung aushend untersuchte Brouardel bei den verniedenartigsten Leberkrankheiten die im ine vorhandenen Quantitäten des Harnstoffs d gelangte hierbei zu folgenden interessanı Schlüssen: 1) In der akuten gelben Leberophie verringert sich der Harnstoff oder schwindet gänzlich. 2) Bei der Phosphorgiftung nimmt die Menge des Harnstoffs gsam ab und verringert sich bei jeder neuen be des Giftes. 3) In schweren Fällen von erus gravis folgt der zuerst eingetretenen rminderung des Harnstoffs die Ausscheidg einer grösseren Urinmenge, was als kriches Moment betrachtet werden muss. Die ber, deren Volumen zuerst verkleinert erscheint, nimmt ihre früheren Dimensionen wieder an. 4) Im gewöhnlichen Ikterus nimmt die Harnstoffmenge nicht ab, bisweilen sogar etwas zu, und kann man je nach der vorhandenen Menge des Harnstoffs die Prognose stellen. 5) Bei Leberabszessen soll nach Parkes der Harnstoff sich vermehren; es scheint dies jedoch noch der Bestätigung zu bedürfen, da überall, wo die Lebersubstanz zerstört ist, selbst wenn ein fieberhafter Zustand vorhanden ist, die Harnstoffmenge sinkt. 6) Wo Gallensteine mit Obliteration des Ductus choledochus und Zerstörung der Lebersubstanz vorhanden sind, nimmt die Harnstoffmenge ab, zumal bei jedem Anfalle von Leberkolik. Dasselbe ist auch der Fall bei einer intermittirenden Leberentzündung. 7) In der hypertrophischen und atrophischen Lebercirrhose nimmt der Harnstoff ab. 8) Derselbe ist sehr reduzirt bei der Steatose der Phthisiker. 9) Da, wo Leberkrebs oder Hydatiden der Leber vorhanden sind, vermindert sich der Harnstoff in Folge der Zerstörung einer beträchtlichen Portion der Lebersubstanz. 10) Bei der aktiven Kongestion der Leber nimmt die Harnstoffmenge zu. 11) In der Bleikolik wird nur eine geringe Quantität Harnstoff ausgeschieden, wenn das Lebervolumen im Anfalle sich vermindert; sobald die früheren Dimensionen wieder erreicht sind, nimmt dagegen jene Quantität zu. 12) Vorübergehende Glykosurie geht mit einer Vermehrung des Harnstoffs einher, welche so lange andauert wie der Zuckergehalt des Urins. 13) Im Diabetes erreicht die Harnstoffabsonderung eine solche Höhe wie in keiner anderen Krankheit. Somit hängt die Menge des ausgeschiedenen Harnstoffs ab: a) von der Integrität der Leberzellen; b) von der geringeren oder grösseren Cirkulationsthätigkeit in der Leber. (Allg. mediz. Centralzeitung, 11. Mai 1878.) —

Den Einfluss der Erregungen der Sinne auf die Thätigkeit des Herzens untersuchten die DD. L. Couty und A. Charpentier experimentell an kurarisirten Hunden, bei welchen sie auf die mannigfachste Weise den Gesichts-, Gehörs-, Geruchs- und Geschmacks-Sinn reizten. Die Blutdruckschwankungen wurden durch das Kymographion verzeichnet. Die Schlussfolgerungen aus ihren Versuchen fassen die Autoren etwa folgender-

massen zusammen: Jeder einzelne Sinnesapparat wurde durch verschiedene Agentien gereizt (Aloë, Koloquinten, Essigsäure, verschiedene Essenzen, Pfeifen, durch Metall hervorgebrachte Geräusche, Schrei eines anderen gesunden Hundes, diffuses Tageslicht, drohende, liebkosende Gesten). Alle diese Reize erzeugten Störungen der Herzthätigkeit, welche sich hinsichtlich ihrer Intensität mit den durch andere periphere Reize erzeugten vergleichen liessen, sich aber durch ihre Veränderlichkeit von diesen unterschieden. Hinsichtlich der Stärke variiren die konsekutiven sensoriellen Störungen je nach den einzelnen Thieren, nach bestimmten individuellen oder durch das Experiment gesetzten Verhältnissen: für jedes einzelne Thier je nach dem gereizten Sinnesorgan; für jedes einzelne Sinnesorgan je nach der Natur oder besser Stärke des Reizes, nach seiner Dauer und je nachdem er oft oder selten zur Einwirkung kam. — Die Störungen fallen oft sehr verschieden aus und es kann bei verschiedenen Thieren, ja bei demselben Thiere zu einer Beschleunigung oder zu einer Verlangsamung des Herzschlages kommen, zu einer Erhöhung oder Erniedrigung des Blutdruckes. Zwischen der Art des Reizes, der folgenden Erregung und der Reaktion des Herzens und der Gefässe besteht kein Zusammenhang. — Bei diesen reflektorischen Vorgängen von den Sinnesorganen aus werden die Phänomene am Herzen unabhängig von den Schwankungen des Blutdruckes nur durch die Nervi vagi vermittelt. Das Hirn aber ist für das Zustandekommen beider Arten der beobachteten Erscheinungen (der vom Herzen und der von den Gefässen ausgehenden) durchaus nothwendig und unentbehrlich. Dadurch unterscheiden sich die Störungen des Kreislaufes in Folge von Sinnes-Erregungen von denen, welche peripherischen Ursprunges sind, und von jenen, welche vom Mittelhirne und Marke ausgehen. Die reflektorische Thätigkeit des Herzens und der Gefässe ist nicht gebunden an die Perzeption des Sinnesorganes, sondern an die damit zusammenhängende Thätigkeit des Centrums (Gehirns); diese Funktion des Gehirns „emotiver Art", wenn man sie so nennen will, ist für denselben Reiz oft ausserordentlich verschieden; sie ist es, welche in zweiter Linie durch das Mittelhirn auf den Kreislauf einwirkt. Eine Sinnes-Erregung vi also nur dann auf die Herz- und Gefässthäti keit einwirken, wenn sie vom Centralorg perzipirt ist. (Arch. de physiol. etc., 1 S. 525.) —

Der spontanen Gangrän des Hode oder der vollständigen Atrophie dies Organes nach spontaner Orchitis b bisher ganz gesunden Menschen wird ein Male in der Literatur Erwähnung geth Eine jüngste Beobachtung R. Volkmann thut nun dar, dass diese Vorgänge auf einen akuten hämorrhagischen Infarkt des Hodens beruhen können, obwohl es unk bleibt, ob dieser Infarkt als ein embolisch Prozess aufzufassen ist. Es handelte sich i der bezüglichen Beobachtung Volkmann um einen fünfzehnjährigen, bis dahin ges den, noch nicht geschlechtsreifen Knaben, we cher plötzlich von heftigen Leibschmerz Diarrhoe und Erbrechen befallen wurde. In nächsten Tagen liessen diese Symptome nac doch traten dafür heftige Schmerzen im linke Hoden auf, welcher zugleich stark anschwo bei fieberhaft gestörtem Allgemeinbefind Bei der ersten Untersuchung, 3 Tage nac Beginn der Erkrankung, fand sich bei weiche schmerzlosen Abdomen und mässigem Fieb eine enorme, brettharte Schwellung des Sam tums mit dunkler Röthung und grosser Schmer haftigkeit. In der Annahme, dass es sich u eine akute eiterige Entzündung der Hode Tunica vaginalis propria handle, wurde di antiseptische Inzision gemacht; indessen fan sich in der Höhle der Scheidenhaut nur ein ein Esslöffel flüssigen Blutes, der Hode gegen war auf das 4—5fache seines Volum vergrössert, dunkelschwarzroth gefärbt, Blutgefässe des Plexus pampiniformis strotz mit geronnenem Blute gefüllt. Bei aseptische Wundverlaufe stiess sich innerhalb 3 Woch der ganze Hode und Nebenhode nekrot ab und erfolgte dann schnelle Heilung. D mikroskopische Untersuchung abgeschnitte nekrotischer Hodenstückchen ergab kein Anhalt dafür, dass dem Infarkt eine Entzün ung des Hodengewebes vorausgegangen s (Centralblatt für die mediz. Wissenschaft 1878, 4. Mai.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlange
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 23. *Erlangen*, am 8. Juni 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Die Krankheitserscheinungen bei der Dentition und deren Behandlung. Ueber Kopfgeräusche bei jungen Kindern. Enzyme und Fermente. Verhalten des Knochenmarkes unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen. Kreuzen sich die vom Gehirne ausgehenden reflexhemmenden Bahnen? Uterusexstirpation bei Karzinom der Vaginalportion. Zusammenhang chronischer Nephritis mit Herzhypertrophie. Ueber Siderosis.

Die Krankheitserscheinungen bei
er Dentition und deren Behandlung
hildert Dr. Archambault im Journal de
éd. pratique. Wenn auch im Allgemeinen
r Dentitionsprozess als ein physiologischer
betrachten ist, so geht derselbe doch in
r Mehrzahl der Fälle mit Störungen im
llgemeinbefinden sowie bisweilen mit örtchen Reizungen und Abnormitäten einher,
elche vom praktischen Arzte erkannt und
rücksichtigt werden müssen. Es kommt
sweilen vor, dass Kinder Zähne mit zur
elt bringen, wobei das Zahnfleisch krank
id die Zähne schlecht und brüchig sind.
an hüte sich in solchen Fällen, die Zähne
entfernen, weil dabei sehr leicht schwere
ämorrhagieen entstehen können. Desgleichen
rmeide es der Arzt, trotz der Aufforderung
r Aeltern, wenn dem schweren Durchbruche
r Zähne heftige Krankheitserscheinungen
rhergehen, das Zahnfleisch einzuschneiden,
e dies in England üblich ist, weil die durch
n Schnitt entstandene Narbe dem Durchten des Zahnes noch grössere Hindernisse
reitet. Nur in den äussersten Fällen darf
r Arzt sich dazu entschliessen, wenn bei
m geschwollenen und gerötheten Zahnfleische
r Zahn schon durchzublicken beginnt und
e Krankheit eben eine heftige ist. In manchen
illen bringt das Zahnen eine aphthöse Ulration der Mundschleimhaut, mit bisweilen
ftretenden blutigen Ergüssen unter der
hleimhaut hervor, wobei die Kinder
ner aufmerksamen Behandlung mit Kali chloricum zu unterziehen sind, als ob sie an ulzeröser Stomatitis litten, und wobei auf öfteres Waschen und Reinigen des Mundes zu sehen ist. Da dies bei Kindern schwierig ist, so empfiehlt es sich, die Flüssigkeit, bestehend aus Borax, in Glyzerin und Wasser aufgelöst, mittelst einer Kautschukspritze in den Mund zu injiziren. Das Einschneiden des Zahnfleisches ist dabei um so mehr zu überlegen, als dadurch zu den schon vorhandenen Wunden noch eine neue hinzugefügt wird. — Ein häufiges Vorkommen von Hautaffektionen gehört unstreitig zu den die Dentition begleitenden Erscheinungen. Leichte Erytheme, welche als Fluxionen in der Haut der Kinder zu betrachten sind, werden leicht durch Streupulver, Kleienbäder und grosse Reinlichkeit beseitigt. Schwieriger wird es jedoch, Hautausschläge während des Zahnens bei denjenigen Kindern zu heilen, welche irgend eine krankhafte konstitutionelle Anlage besitzen, und zu solchen Hautübeln ist das Eczema impetiginodes zu zählen. Die Volksmeinung, dass eine alte Milch die Veranlassung zu solchen Ausschlägen gebe, ist keine ganz begründete; man muss vielmehr annehmen, dass, wenn ein Wechsel in der Nahrung eintritt, ein Kind die Milch einer besseren Amme reichlich erhält oder eine gemischte Nahrung zu sich nimmt, dann der Ausschlag eintritt, während im Gegentheile bei Zuführung einer spärlichen Nahrung der vorhandene Ausschlag vergeht. Meist beobachtet man solche Exantheme bei lymphati-

schen Kindern, welche nicht viel und unregelmässig trinken. Bei schwächlichen Kindern pflegt das Ekzem meist eine trockene Gestalt anzunehmen. — Eine schnelle Heilung, die überhaupt zu den Seltenheiten gehört, ist nicht anzurathen; zunächst handelt es sich darum, die Beschwerden zu beseitigen. Da, wo der Ausschlag den Kopf befallen, empfiehlt es sich, die Kinder während der Nacht eine Kautschukhaube tragen zu lassen, nachdem man die Haare abgeschnitten, und mittelst Waschungen die Kruste zu entfernen. Bei Ausschlägen auf dem Körper gebrauche man, zumal da, wo Jucken vorhanden ist, milde Bäder und Waschungen mit einer Lösung von Phenylsäure (1.0:500.0 Wasser) oder Sublimatlösung (0.1:100.0 Wasser). Man kann auch die Haut mit folgendem Pulver pudern: weissen Präzipitat 1.0, Zinkoxyd 4.0, Glyzerinamylum 30.0. — Eine noch wichtigere Begleiterscheinung der Dentition ist die Diarrhoe, welche jedoch nur dann zu beseitigen ist, wenn sie sehr heftig wird und chronisch werden zu wollen droht. Fünf- bis sechsmalige weiche breiige Stühle bei dem Zahndurchbruch bedürfen keiner Behandlung und wäre ein Einschreiten nur zur Zeit einer Brechruhr-Epidemie geboten. Obgleich die gebräuchlichen Mittel bekannt sind, so dürften doch folgende Formeln zu empfehlen sein: Aq. calcis 30.0, Aq. foeniculi 40.0, Syr. Catechu 25.0, Laudan. gtt. 1—2; oder Abends ein Pulver zu reichen von Hydr. cum Creta, Pulv. Doveri aa 0.01, oder nach West: Extr. ligni campech. 4.0, Tinct. Catechu 8.0, Syr. spl. 10.0, Aq. foenic. 30.0, oder auch Bismuth. nitr. 0.1, Pulv. Doveri 0.01. Die Erklärung, dass die Diarrhöen bei der Dentition als Fortsetzung der Entzündung von der Mundschleimhaut auf den Darmtraktus zu betrachten wären, ist nicht stichhaltig; man muss vielmehr annehmen, dass sie von einer schlechten Beschaffenheit des Magensaftes herrühren, wodurch die Verdauung gestört wird, indem die Kinder wegen des grossen Durstes mehr trinken als sie vertragen können. Man muss daher, ausser der medikamentösen Behandlung, darauf sehen, dass die Kinder nur in grösseren Intervallen die Brust oder die Flasche und in der Zwischenzeit bloss Zuckerwasser bekommen. — Bisweilen stellt sich beim Zahnen auch ein Reiz in den Bronchien ein, welcher nervöser Natur ist und durch milde Mittel, meist durch Syr. Ipecac. mit Bromkali und Tinct. hyoscyam. zu beseitigen ist. Man verordne Kali brom. 1.0, Aq. destill. 30.0, Syr. Ipec. 10.0, Tinct. hyoscyam. gtt. 4, 2stündlich 1 Theelöffel zu nehmen. — Was schliesslich die Nervenerscheinungen bei der Dentition betrifft, welche sich durch Krämpfe dokumentiren, so müssen zwei verschiedene Arten derselben unterschieden werden. Es sind entweder Reflexkrämpfe, welche keine Gefahr bringen, oder sie rühren von einer Entzündung der Hirnhäute her und müssen energisch bekämpft werden. Ist das Letztere der Fall, so setze man je nach der mehr oder minder kräftigen Konstitution der Kinder 1—2 Blutegel hinter die Ohren, halte dieselben, reiche innerlich Bromkali oder Kalomel mit Zincum oxydatum, lasse einige Tropfen Chloroform einathmen, gehe jedoch mit der Anwendung von Sinapismen und anderen Hautreizen spärlich um, damit nicht zum vorhandenen Reize ein neuer hinzugefügt werde. Bei Reflexkrampf empfiehlt es sich, innerlich Bromkali und Aq. Valerianae zu nehmen und warme Kamillen- oder Lindenblüthen-Bäder gebrauchen zu lassen. (Allg. med. Central-Zeitung, 1878, Nr. 39.) —

In der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig, Sitzung vom 26. März d. J., sprach Herr C. Hennig „über die Kopfgeräusche bei jungen Kindern“. Die innerhalb des Schädels bei Säuglingen und noch einige Zeit nach dem ersten Zahnen wahrnehmbaren Gefässgeräusche, durch J. Fisher in Boston 1852 der Untersuchung unterworfen, haben längere Zeit der Vergessenheit angehört. Die im vorigen Jahre in Heidelberg erschienene Abhandlung von A. Jurasz „das systolische Hirngeräusch der Kinder“ hat die Streitfrage über die Entstehung und Bedeutung des genannten Zeichens wieder in Schwung gebracht und durch neue Untersuchungen zu erledigen geglaubt. Zunächst ist für den geschichtlichen Theil der genannten deutschen Monographie zu bemerken, dass nicht Wirtgen zuerst das Hirngeräusch als physiologisch für ein gewisses Alter erkannt hat, sondern der Vortragende, welcher nach Feststellung dieser Wahrheit seinen Zuhörer Wirthgen ersuchte, dieses Erkannte durch eine grössere Zahl behorchter Kinder namentlich auf dem Lande zu bestätigen. Roger seinerseits schrieb das Hirnblasen gesunden Kindern nur sehr selten zu. Dieser Forscher, welcher seine dessfallsigen Mittheilungen durch eine geringschätzige Bemerkung über die deutsche Untersuchungsweise einleitet, zog aus seinen Wahr-

nehmungen desshalb einen falschen Schluss, weil er die Prozentzahl nicht aus der Zahl gesunder Kinder unter 3—4 Jahren, sondern aus der Zahl aller von ihm behorchter Kinder der verschiedensten Altersklassen zog. Die vorherige Bedeckung des Schädels des zu behorchenden Kindes mit einem Stücke Linnen der Reinlichkeit wegen ist nicht räthlich, da schon die Haare häufig Nebengeräusche verursachen. — Jurasz hat 68 Kinder im Alter von 24 Stunden bis zu 10 Jahren von verschiedener Körperbeschaffenheit und verschiedenem Befinden, doch hinreichend viele Gesunde, untersucht und kommt zu folgenden Schlusssätzen: Das Hirnblasen der Kinder ist zunächst nicht durch Anämie bedingt — eine Thatsache, welche der Vortragende bereits vor einem Jahre an Gerhardt mitgetheilt und von diesem bestätigt erhalten hat. Unter den Erkrankungen, in deren Verlaufe das Hirngeräusch beobachtet wurde, ist die Rhachitis besonders häufig vertreten. Hennig formulirt diese Angabe so, dass er sagt: bei offenen Fontanellen wird das Hirnblasen im Alter von 18—22 Wochen an, wo es überhaupt zuerst auftritt, an Rhachitischen meist verstärkt und über grössere Schädelbezirke verbreitet gehört, nach Schluss der vorderen Fontanelle aber auch in dem Alter gehört, wo es bei Nichtrhachitischen zu verschwinden pflegt. Bei Hirnhypertrophie wird das Geräusch besonders deutlich gehört, bei chronischem Wasserkopfe selten. Die Stellung des Kindes hat auf die Existenz und Stärke des Geräusches keinen Einfluss; Hennig fand das Geräusch am deutlichsten in aufrechter oder sitzender Stellung. Das Hirnblasen kommt auch nach geschlossenen Fontanellen vor. Bei der Aufstellung dieses Satzes hat Jurasz übersehen, dass Hennig dies schon früher zugegeben und zu erklären versucht hat. Wenn Jurasz bei Hunden, welche er an Stelle der Fontanelle trepanirt hatte, das Hirnblasen vermisste, so erklärt sich dies nach des Vortragenden Theorie durch die Enge des Sinus longitudinalis superior an jenen Thieren. — Nach Jurasz entsteht das Hirnblasen im Canalis caroticus beiderseits, welcher im betreffenden Alter nicht gleichen Schritt mit dem Wachsthume der Karotis in die Dicke hält, daher das Gefäss während der durchgehenden Pulswelle etwas zusammendrückt. Im 4.—6. Lebensjahre hat sich dieses Missverhältniss wieder ausgeglichen, daher das Geräusch zu dieser Zeit verschwindet. Wenn diese Thatsache die Hirngeräusche für alle Fälle erklärte, so müsste das Hirnblasen bei kräftigen, in der Schädelverknöcherung ihren Altersgenossen, besonders den Mädchen, vorgreifenden Knaben besonders laut sein, was Hennig nicht bestätigen kann. Jurasz sucht das Erscheinen des Geräusches in den Schädellücken dadurch zu erklären, dass die festen Schädelknochen die Geräusche insgesammt vorzüglich fortleiten, die Gehirnmasse aber ihre Summe am obersten Punkte resoniren lasse — eine Contradictio in adjecto — da die Gehirnmasse bekanntlich den Schall sehr schlecht leitet. Gibt ja doch Jurasz zu, dass die hypertrophische Hirnmasse geeigneter sei, das Geräusch zu verstärken und fortzupflanzen, als die normale. — Die Voraussetzung, dass das Geräusch bei akuter Hirnhyperämie oder im Anfangsstadium der Basilarmeningitis deutlicher und lauter zu hören sein wird, findet in der klinischen Beobachtung Widerspruch. Demnach kann Hennig die Schlusssätze 3 und 4 von Jurasz auch nicht unterschreiben, welche lauten: „Das systolische Hirngeräusch ist nur eine physiologische, in den Kanal der Carotis interna zu verlegende Erscheinung, die mit pathologischen Verhältnissen in keinem unmittelbaren Zusammenhange steht; es kann niemals als ein diagnostisches Mittel verwendet werden". — Schon die Unterscheidung der Hirnhypertrophie von chronischem Wasserkopfe wird, wie bereits Rilliet fand, wesentlich durch das rhachitische Anschwellen des Hirnblasens unterstützt. Ferner werden Hirnbrüche und Hernien der oberen Strecke des Rückenmarkes durch das bei ihnen wahrnehmbare Gefässrauschen unterscheidbar von anderen Geschwülsten jener Gegenden, da nur Teleangiome solche Geräusche noch hervorrufen. Am Hirnbruche hat auch Tirman das Blasen zugleich mit Karotidenblasen gefunden. Das beregte Geräusch verschwindet während der anhaltenden Geschrei oder Pressen begleitenden Hirngefässstase vorübergehend; bleibend, nämlich mehrere Tage hindurch, während der die Pneumonie begleitenden Hirnhyperämie. Besonders auffallend ist dieses Fortbleiben und Wiedererscheinen in der Genesung an Rhachitischen mit weit offener Fontanelle und lautem Hirnblasen. — So verschwindet aber auch das Hirngeräusch bisweilen einseitig, bei akutem Blut- oder Transsudat-Ergusse in die Schädelhöhle kleiner Kinder bei akuter anderweitiger Hirnhyperämie, akutem, namentlich tuberkulösem Wasserkopfe, bei akuter Steigerung, im

Nachschube des chronischen Hydrokephalus, eventuell bei Hirngeschwülsten und hochgradiger Anämie, wo wahrscheinlich die Blutmenge und die Energie des Herzens zur Erzeugung hinreichender Gefässschwingungen fehlen. Physikalisch interessant ist, dass das Geräusch an der grossen Fontanelle bisweilen eine bestimmbare Tonhöhe intermittirend einhält. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 18. Mai 1878.) —

In einer „Erfahrungen und Bemerkungen über Enzyme und Fermente" betitelten Abhandlung spricht sich Professor W. Kühne entschieden gegen die Identität des in den Bakterien wirkenden Fermentes mit dem Trypsin (Pankreasferment) aus. Aus Bakterien, welche in einem ausgekochten und filtrirten Pankreasverdauungsgemische gezüchtet waren und sich sehr wirksam und lebensfähig erwiesen, konnte durch Ausziehen mit Wasser oder Glyzerin kein wirksames Ferment hergestellt werden. Ebensowenig aus Bakterien anderer Abstammung. Bei der Einwirkung von Trypsin aus Eiweiss bildet sich niemals Indol, dieses entsteht vielmehr durch die Lebensthätigkeit von Bakterien, die sich in dem Verdauungsgemische ansiedeln. Die Indolbildung lässt sich daher ausschliessen durch Anwendung antiseptischer Mittel, wie Thymol- oder Salicyl-Säure, welche die Pankreaswirkung nicht beeinträchtigen. — Kühne beschreibt aber auch eine einfache Versuchsanordnung, bei welcher es gelingt, tagelang Bakterienentwicklung zu vermeiden. Noch weit vollkommener und mit grösserer Sicherheit gelingt die Ausschliessung von Bakterien durch ein sehr komplizirtes Verfahren. Es wird zu dem Zwecke mit absolutem Alkohol völlig entwässerte und im Vacuum getrocknete, gepulverte Pankreasdrüsensubstanz in ein dünnwandiges Röhrchen eingeschlossen und mit der zur weiteren Verdünnung bestimmten Peptonlösung stark gekocht. Nach dem Verschlusse und Erkalten des Apparates wird das Röhrchen durch Schütteln zerbrochen und das Ferment mit der Peptonlösung vermischt. Dieselbe hält sich monatelang digerirt, ohne dass es zur Indolbildung kommt, während sich reichlich Leucin und Thyrosin bildet. Dieses Verfahren beruht, wie man sieht, auf der Thatsache, dass sich trockenes Ferment ohne Schaden auf 100° erhitzen lässt. — Die Angabe von Hoppe-Seyler, dass Fibrin unter Aether Indol bilde, führt Verf. auf die Gegenwart von Bakterien zurück, welche durch den Aether nicht ausgeschlossen werden. Ebenso gibt Letzterer an, dass Transsudate, welche längere Zeit in Glasröhrchen eingeschlossen digerirt sind und dabei reichlich Leucin und Tyrosin gebildet haben, regelmässig Bakterien enthalten, was von Hoppe-Seyler bestritten wird. — Als weitere Unterschiede zwischen der Trypsinwirkung und Bakterienwirkung bezeichnet Verf. folgende: Trypsin lässt einen Theil des Peptons, das Antipepton, stets unangetastet. Man mag letzteres noch so oft mit immer neuen Mengen Trypsin behandeln, es wird kein Leucin und Tyrosin weiter gebildet. Infizirt man dagegen die Lösung mit Bakterien, so bildet sich auch Neue Tyrosin und Indol gesellt sich dazu. Aus Leim wird durch Trypsin weder Glykokoll noch Leucin gebildet, wohl aber durch Bakterien. Endlich wirken bei Anwesenheit von Thymol Bakterien nicht mehr auf Eiweiss spaltend ein, während die Trypsinwirkung dadurch gar nicht beeinträchtigt wird. — Um zu zeigen, dass das von früheren Autoren aus der Pankreasdrüse massenhaft erhaltene Leucin und Tyrosin nicht darin präformirt ist, wie Manche noch immer annehmen, sondern erst durch Selbstverdauung entsteht, extrahirte Kühne die lebenswarme Drüse mit kochendem Wasser und verdaute den Rückstand durch Magensaft; es fand sich kein Tyrosin und nur sehr wenig Leucin. — Schliesslich überzeugte sich derselbe noch, dass Bakterien thierische Membranen, wie Schweinsblase im durchfeuchteten Zustande, zu durchdringen vermögen, diese also keinen absoluten Schutz gegen die Bakterien gewährt. (Untersuchungen aus dem physiolog. Institut zu Heidelberg, I. Heft 3.) —

Zwei neuere Arbeiten von Neumann einerseits und von M. Litten und J. Orth andererseits, welche das Verhalten des Knochenmarkes unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen schildern, nehmen ihren Ausgangspunkt von der Beobachtung Cohnheim's, dass bei progressiver perniziöser Anämie das Knochenmark an Stellen, an welchen es normal aus gelbem Fettmarke bestehen sollte, die Farbe und Beschaffenheit des rothen lymphoiden Markes darbietet und dass es unter dem *Mikroskope* eine beträchtliche Menge kernhaltiger rother Blutkörperchen aufweist. Cohnheim hat

bei der Deutung dieses Befundes die Erkrankung des blutbildenden Apparates als das Primäre angesehen und die Verminderung der rothen Blutzellen sowie die Vermehrung der Uebergangsstadien — kernhaltige gefärbte Zellen — für ein Zurückbleiben in der Entwicklung der rothen Blutkörperchen gehalten. Neumann nimmt nun in geradem Gegensatze hierzu eine gesteigerte Produktion der rothen Elemente an, weil auch an Stellen des Diaphysenmarkes der Röhrenknochen, welche unter normalen Verhältnissen nur fetthaltiges Markgewebe führen sollten, massenhafte Anhäufung jener Uebergangselemente sich vorfindet, welche hier unmöglich durch eine retardirte Blutkörperbildung entstanden sein können, sondern als etwas neu hinzugekommenes angesehen werden müssen. Dass das Vorkommen kernhaltiger rother Blutkörperchen im Körperblute sich mit Neumann's Auffassung in Einklang bringen lässt, bedarf keiner Erläuterung, während dasselbe durch Cohnheim's Annahme nicht genügend aufgeklärt wird. Ausserdem fand Neumann dieselbe Beschaffenheit des Knochenmarkes, welche Cohnheim als für die progressive perniziöse Anämie charakteristisch beschreibt, bei einer grossen Reihe chronischer, zu Marasmus führender Krankheiten, bei Phthisen, chronischer Krebskachexie, protrahirten Eiterungen und auch bei Fällen von Erschöpfung im Gefolge akuter fieberhafter Prozesse, z. B. des Typhus. Je stärker die Abmagerung, je blasser das Kolorit der Organe, je geringer die Gesammtmenge des Blutes in der Leiche, um so sicherer lässt sich der genannte makroskopische und mikroskopische Befund im Knochenmarke erwarten. Mit diesen Beobachtungen fällt dann auch von selbst die Hypothese einer Primär-Erkrankung des Knochenmarkes bei der perniziösen Anämie, da in den aufgezählten anderweitigen chronischen Prozessen bereits eine genügende Erklärung für die Anämie gegeben ist. Neumann sieht in diesen Vorgängen eine kompensatorische Vorrichtung des Organismus, welche regelmässig da zur Deckung eines Deficits eintritt, wo ein massenhafter Untergang rother Blutkörperchen Platz gegriffen hat. — Litten und Orth prüften zunächst an 100 Fällen die Frage, bis zu welchem Grade das Vorkommen rothen Markes lediglich von dem Alter des betreffenden Individuums abhängig sei. Sie fanden dabei im Allgemeinen die Regel, dass dem jugendlichen und mittleren Alter rothes, dem vorgeschrittenen und Greisenalter gelbes Fettmark zukommt, bestätigt, konstatirten aber gleichzeitig so zahlreiche Ausnahmen und Abweichungen von dieser Regel, dass sie alle an chronischen, zu Kachexie führenden Krankheiten gestorbenen Individuen einer besonderen Besprechung unterwerfen. Unter ihnen neigen diejenigen Erkrankungen, welche mit grossen Säfteverlusten verbunden sind, wie Phthisis, Karzinose und Eiterungen, mehr zu einer Umwandlung des gelben Markes in rothes lymphoides Mark; die weniger auf die Ernährung direkt influenzirenden Prozesse, wie chronische Herzfehler, chronische Bronchitis, die leichteren Syphilisformen und die Geistes- und Nerven-Krankheiten, führen seltener zu jener Metaplasie, beide Arten indessen aber sehr häufig zu gallertiger Atrophie des Markgewebes. Das Vorkommen der kernhaltigen rothen Blutkörper erwies sich als konstant und unabhängig von der Krankheitsdauer, nur ihre Zahl war um so grösser, je länger die Krankheit gewährt hatte. In einem Falle von Carcinoma uteri mit Herzverfettung zeigte ein Gesichtsfeld 3/IX Hartnack 1—5—8 solcher Uebergangszellen. Die Zahl der Kerne schwankte zwischen 1—5. Auch Riesenblutkörperchen (Hayem) fanden sich mehrfach im Marke und im Körperblute anämischer Individuen. Zellen, welche rothe Blutscheiben und kernhaltige rothe Blutkörper eingeschlossen hatten, waren bei allen chronischen Krankheiten ein häufiger Befund; noch häufiger waren pigmentführende Zellen. Die Charcot-Neumann'schen Krystalle wurden in einer Anzahl von Fällen bestimmt vermisst, in anderen unabhängig von der Natur der Erkrankung beobachtet; ihre Menge schien in dem Maasse zuzunehmen, als der aufgesägte Knochen der Luft beziehungsweise der Fäulniss exponirt war. Bei den untersuchten Fällen von akuten Krankheiten liessen sich durchgreifende Normen noch nicht aufstellen; die Verfasser bemerken, dass die lymphoide Markumwandlung mit ihren mikroskopischen Attributen da am ausgesprochensten war, wo gleichzeitig eine frische pulpöse Hyperplasie der Milz vorhanden gewesen ist. In ihren Schlussfolgerungen weichen Litten und Orth von den oben angeführten Ansichten Neumann's nicht wesentlich ab. Die Versuche, auf experimentellem Wege die in Frage stehende Markveränderung hervorzubringen, sind somit noch nicht abgeschlossen. Bei Blutentziehungen, welche an Hunden angestellt wurden und in welchen in Zwischenräumen von 5 bis

7 Tagen Mengen von 3 bis 4 pCt. des Körpergewichtes entzogen wurden, ergaben vier Fälle ein positives Resultat. Das Blut zeigte vereinzelte, das lymphoid gewordene Mark der Röhrenknochen eine enorme Menge kernhaltiger rother Blutkörperchen; in einem Falle erschienen neben reichlichen kernführenden rothen Zellen verhältnissmässig wenige und kleine normale rothe Körperchen. Herzverfettung war in keinem Falle eingetreten. (Centralbl. f. d. med. Wissensch., 1878, Nr. 20.)

Im Anschlusse an den Nachweis, dass die motorischen Leitungsfasern im Gehirne des Frosches sich kreuzen, hat O. Langendorff zu entscheiden versucht, ob eine eben solche Kreuzung auch die reflexhemmenden Bahnen, welche vom Gehirne ausgehen, beobachten lassen. In der Voraussetzung, dass die Erklärung der Setschenow'schen Hemmungscentren richtig sei, untersuchte der Verfasser zunächst, ob halbseitige Durchschneidungen im Bereiche des Gehirnes auch halbseitige hemmende Effekte hervorrufen. Die nach der Türk'schen Methode ausgeführten Experimente scheinen nun in der That zu lehren, dass nach halbseitiger Durchschneidung des Hirnes beim Frosche dicht hinter dem Lobus opticus oder am hinteren Rande des Cerebellum durch die Oblongata selbst die Reflexerregbarkeit auf der dem Schnitte entgegengesetzten Seite erhöht ist. Wird der eben geschilderten Operation die totale horizontale Durchschneidung im Zwischenhirn (Sehhügel, Thalami optici) vorausgeschickt, auf welche, wie Setschenow ermittelt hat, eine Reflexdepression folgt, so wird die Reflexdepression auf der dem Schnitte entgegengesetzten Seite sehr deutlich zum Verschwinden gebracht. — Nachdem diese Versuche gezeigt hatten, dass die Reflexhemmungsbahnen einen gekreuzten Verlauf besitzen, wird, um den Ort der Kreuzung ausfindig zu machen, die Oblongata in der Medianlinie der ganzen Länge nach durchschnitten. Der Erfolg besteht darin, dass die Reflexerregbarkeit auf beiden Seiten erhöht ist. Nach einer halbseitigen Durchschneidung des Rückenmarkes dicht hinter der Spitze der Rautengrube erscheint die Reflexerregbarkeit auf derselben Seite erhöht, ohne dass auf der entgegengesetzten Seite eine Depression eintritt. Werden die Thalami optici quer durchschnitten und wird die eine Seite des Querschnittes mit Galle gereizt, so folgt eine Reflexdepression auf der der Reizung entgegengesetzten Seite. Herzen's Angabe, dass Durchschneidung der Thalami optici im Gegensatze zu Setschenow die Reflexerregbarkeit erhöht, kann Langendorff bestätigen, so dass jedes Mal nach Abtrennung der Grosshirnlappen von den rückwärts gelegenen Hirntheilen die Reflexerregbarkeit steigt. Halbseitige Schnittführung vermehrt die Reflexthätigkeit der entgegengesetzten Seite. Einseitige Blendungen, welche in der Voraussetzung ausgeführt wurden, dass die vom Zwischen- und Mittelhirne ausgehenden Hemmungen vielleicht auf Rechnung der mit ihnen in Verbindung stehenden höheren Sinnesnerven zu setzen seien, waren ohne Erfolg. (Centralbl. f. d. mediz. Wissensch., 18. Mai 1878.)

Analog dem Krebse der Brustdrüse und der dort stets gemachten Amputation der ganzen Mamma will W. R. Freund auch bei Karzinom der Vaginalportion den ganzen Uterus exstirpiren. Dieser schon öfter gestellten Forderung ist bisher von Seite der operativen Technik noch nicht hinreichend genügt worden und beständen die Schwierigkeiten in den Blutungen wie den Nebenverletzungen, welche fast nothwendig mit der Operation im Zusammenhange zu stehen schienen. Im Januar d. Js. hat nun Freund nach einer neuen Methode mit Erfolg den Uterus exstirpirt — seit welcher Zeit jedoch diese Operation ausserdem noch zwei Mal von Martini und ein Mal von Olshausen gemacht wurde; ein Fall Martini's verlief dabei letal. Bei einer 62jährigen Frau mit Krebs der Schleimhaut des Cervikalkanals, welcher sich hoch hinauf in den Uterus erstreckte, sich aber noch nicht auf dessen Umgebung verbreitet hatte, entschloss sich Verfasser, nachdem schon ein Mal vergeblich Glüheisen und Auslöffelung angewendet worden waren, zur radikalen Operation. Die Kranke wurde unter Erhöhung des Beckens mit dem Kopfe gegen ein Fenster gelegt, nach Inzision der Bauchdecken die Darmschlingen aus dem Douglas'schen Raum emporgehoben und der Uteruskörper mittelst eines durchgezogenen Fadens fixirt. Freund unterband das Ligamentum latum beiderseits in drei Portionen, die unterste Ligatur umfasste das Scheidengewölbe. Hierauf wurde der Uterus aus seinen Verbindungen herausgeschnitten, wobei keine Blutung erfolgte. Die Fadenenden der Ligaturen der breiten Mutterbänder

te er in die Scheide hinein, so dass die änge in ihrer Lage sehr an die bei einem ıtan gangräneszirten invertirten Uterus nerten. Durch Anziehen der Fäden in Scheide bildete sich ein schmaler Spalt Bauchfelle, der sich leicht durch die Naht iessen liess. In den Trichter unterhalb elben legte Verfasser einen Karbolöltam- , machte dann die Toilette des Peritoneums schloss die Bauchwunde. Die Heilung lgte nach 19 Tagen ohne weiteren Zwi- nfall als ein 36stündiges Fieber in Folge r geringen Eiterung in den Bauchdecken. Auf Grund dieses glänzenden Erfolges hält und die Exstirpation des ganzen Uterus indizirt bei allen Formen des Gebärmut- rebses, welche die Umgebung des erkrank- Organes noch nicht ergriffen haben. Dies m so mehr hervorzuheben, als die bis vor zem für unüberwindlich gehaltenen tech- hen Schwierigkeiten sich durch das ge- lderte Verfahren unter Anwendung Lister'- er Vorsichtsmassregeln haben überwinden en. (Volkmann's Vorträge, Nr. 133.)

. Ewald hat die verschiedenen Theorieen er den Zusammenhang der chroni- hen Nephritis mit Herzhypertrophie er Prüfung unterzogen und dabei nament- das Verhalten der kleinen Arterien an- er Körperstellen berücksichtigt, im Hin- ke auf die von Gull und Sutton hervor- obene „Arterio-capillary fibrosis" und deren geblicher ätiologischer Beziehung zu dem ren- und Herzleiden. Er untersuchte an chen Präparaten und wählte die kleinen eriellen und Uebergangsgefässe von der Pons bekleidenden Pia mater, welche ht isolirbar und auf ihre Wanddicke und en Verhältniss zum Lumen messbar waren. war nicht im Stande, auch nur an einem zigen seiner Objekte jene prägnanten scharfen fässkontouren, adventitiellen Zellenwucher- gen oder fibrösen Verdickungen zu sehen, e sie die Abbildungen von Gull und Sut- n darstellen, und er kann sonach die that- hliche Unterlage der Theorieen dieser Au- en, die „Capillary fibrosis", nicht bestä- en. Dagegen war eine Wandverdickung r kleinen Piagefässe in der weitaus gröss- Mehrzahl seiner Fälle von Schrumpfniere t Herzhypertrophie zu konstatiren. Er stellte e Messungen derart an, dass er (auf Grund n Messungen an normalen Gefässen) das rhältniss von Gefässlumen zur Wanddicke wie 1:0.1 — 0.3 annahm und auf eine Wandverdickung schloss, wenn dieses Verhältniss sich auf 1:0.5—0.6—0.9—1.2 veränderte. Histologisch beruht die gefundene Massenzunahme der Wandungen lediglich auf einer Hypertrophie der Muskularis im engeren Sinne d. h. auf einer einfachen Grössenzunahme der normalen Zellen und ihrer Intercellularsubstanz. An eine Aehnlichkeit dieser Gefässerkrankung mit den bekannten chronischen Arteriitisformen syphilitischer und nicht syphilitischer Natur ist nach Ewald's Beschreibung nicht zu denken. — Da sich die zahlreichen tabellarisch zusammengestellten Fälle nicht in extenso wiedergeben lassen, so sei nur hervorgehoben, dass ungefähr zwei Drittel der chronisch interstitiellen oder kombinirten (interstitiellen und parenchymatösen) Fälle Herz- und Gefässhypertrophie zeigten; dass die stärksten Schrumpfungen und Verödungen des Parenchyms am häufigsten die gleichzeitige Erkrankung des Herzens und der Gefässe aufwiesen, und dass bei den schwächeren Nieren-Erkrankungen immer früher die Volumszunahme des Herzens, erst später diejenige der kleinen Arterien aufgefunden wurde. Die Hypertrophie des Herzens betraf bald den linken Ventrikel allein, in einer grösseren Häufigkeit aber beide Ventrikel, ein Verhältniss, welches Verfasser als durch den längeren Zeitverlauf bedingt auffasst, ganz analog wie bei einseitigen Klappenfehlern schliesslich die Dilatation auf beide Herzhälften übertragen werde. Bei Beantwortung der wichtigen Frage nach Ursache und Entstehungsgang dieser sekundären Veränderungen schliesst sich Ewald denjenigen Autoren an, welche das Hauptgewicht auf die mechanische „Drucksteigerung im Aortensysteme" legen. Die hohe, andauernde, auch in der Diastole nur wenig nachlassende Spannung der Arterien lässt nach ihm keinen Zweifel über den herrschenden abnorm hohen Seitendruck aufkommen; die kleinen Arterien des Körpers würden hierdurch in extremer Weise dilatirt werden, wenn sie dem Drucke nicht durch eine dauernd erhöhte Kontraktion ihrer Muskularis entgegenwirkten. Dass diese aktive Kontraktion unabhängig vom Nervencentrum vor sich gehe, hält Verf. nach den Versuchen von Ostroumoff für ausgemacht. Die Reihenfolge der Prozesse ist die, dass das chronische Nierenleiden das Primäre ist, welchem erhöhte Spannung im Aortensysteme, dann die Hypertrophie des Herzens und endlich die hypertrophische Verdickung der kleinen Arterien

successive folgen. — An den Gefässen der Schrumpfnieren selbst fand Ewald die gewöhnlichen Erscheinungen der End- und Periarteriitis, welche übrigens schon von Thoma weitläufig besprochen worden sind. (Virchow's Arch. Band 71 S. 453.) —

In einer dem Andenken Albrecht von Haller's dargebrachten Festschrift (Bern, 1877) lässt sich Prof. Quincke über die Siderosis vernehmen, d. i. die Eisenablagerung in einzelnen Organen des Thierkörpers. In vier Fällen beträchtlicher (perniziöser) Anämie und in einem Falle von Diabetes mellitus fand sich in der Leber und einige Male in den Nieren und dem Pankreas viel Eisen. Knochenmark, Lymph- und Speichel-Drüsen, Schilddrüse, Herzmuskel und Plexus choroidei wurden nur in einem Theile der Fälle untersucht, waren aber nur ausnahmsweise stark eisenhaltig. Die eisenhaltigen Organe erschienen in der Leiche öfter mehr oder weniger braun oder in der Nähe des Darmes durch Schwefeleisen schwarz. Mikroskopisch zeigten sich bräunliche oder farblose Körner und Körnchen, welche die verschiedenen Eisenreaktionen deutlich, wenn auch erst nach längerer Einwirkung des Reagens, gaben — Letzteres wohl, weil das Eisen in Verbindung mit Eiweisskörpern sich befindet. Die Körner lagen stets in Zellen (der Drüsen), in der Leber reichlicher im peripheren Theile der Läppchen, im Pankreas anscheinend ziemlich gleichmässig, in den Nieren nur in einzelnen Epitelien der Rindenkanälchen, während die Glomeruli frei waren. Die Gesammtmenge des Eisens in der Leber betrug in drei Fällen von Anämie 1.37—7.09 Grm., in dem Falle von Diabetes 26.96 Grm. — Was das physiologische Vorkommen des Eisens (ausser im Blute) betrifft, so fand Verfasser Eisen sehr häufig in den Pulpazellen der Milz von Mensch, Hund, Kaninchen und Frosch, nicht in den Follikeln; ferner in der Marksubstanz der Lymphdrüsen des Hundes und zwar mehr in der peripherischen als der mesenterialen und mehr bei älteren als jüngeren Thieren; bei Menschen weniger oft und weniger stark. Von Knochenmark des M... schen wurden erst wenige Fälle unters... und nur ein Mal Rundzellen mit eisenhalt... Körnern gefunden. In der Leber fand ... ausser in den oben erwähnten Fällen E... einige Male bei chronischer Stauungsh... ämie und zwar im interazinösen Gewebe ... als Rest kapillärer Blutungen. Bei Hu... fand sich einige Male Eisen in der L... zum Theile innerhalb der Kapillaren. — ... Thieren wurde nach Zufuhr von Eise... der Nahrung oder subkutan in der L... Eisen gefunden und zwar in vier Fällen ... bis 0.198 auf 100 Theile Trockensu... allerdings mehr als für physiologisch ... indess da die Werthe sich ziemlich gl... bleiben sofort oder längere Zeit nach ... Aussetzen der Eisenzufuhr, und der Ei... halt des Organs dabei noch eine Rolle ... so muss es zweifelhaft bleiben, ob wir... eine Anhäufung von Eisen in der Leber d... Zufuhr von aussen zu Stande komme. Ebe... war der Eisengehalt der Milz und Lym... drüsen nach Eisenzufuhr sehr wechse... Desswegen hält Quincke es für höchst ... wahrscheinlich, dass die physiologische Si... rosis der Leber, Milz und Lymphdrüse ... unmittelbare Ablagerung direkt in den Lä... eingeführten Eisens anzusehen sei. Wa... scheinlicher ist sie die Folge des Untergan... rother Blutkörperchen in den genannten O... ganen. Ebenso ist für die pathologische Si... derosis, zumal in den genannten Fällen v... Anämie, ein besonders reichlicher Unterg... rother Blutkörperchen zu vermuthen und ... serdem in jenen Fällen, in welchen alle... der Leber mehr Eisen gefunden wurde, ... in dem Gesammtblute enthalten ist (... 3.0 Grm.), noch eine abnorm reichliche R... sorption von Eisen, vielleicht in Folge v... änderter Zusammensetzung der Verdauu... sekrete. — In einem Anhange bespricht V... die möglichen Fehlerquellen bei Anste... der Eisenreaktion, zumal mit Schwefelam... nium, und die Gestaltsveränderungen, welch... die Blutkörperchen bei Einwirkung nicht ... schen Schwefelammoniums zeigen und w... durch den im letzteren gelösten Schwefel b... dingt sind. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlang...
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 24. *Erlangen*, am 15. Juni 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Die Ueberbürdung der Augen und Zunahme der Kurzsichtigkeit. Bösartigkeit der Karzinome als Folge ihrer örtlichen Destruktivität. Thymolisirte Vaccinelymphe. Ueber Pilzvergiftung. Einfluss des Arseniks auf den Organismus. Beziehungen der Muskelarbeit zur Harnstoffausscheidung. Fistula omphalo-mesenterica. Augenhintergrundveränderungen bei Anämischen. Gelenkaffektionen, welche durch Punktion und Auswaschung mit Karbolsäure geheilt oder doch günstig beeinflusst werden.

In der mediz. Gesellschaft zu Leipzig, Sitzung vom 26. März d. Js., hielt Dr. Schoen folgenden Vortrag über die Ueberbürdung der Augen und die Zunahme der Kurzsichtigkeit: „Es ist schon häufig über Ueberbürdung der Schüler geklagt worden, eben so häufig wurden aber die Klagen als unbegründet zurückgewiesen, weil es unmöglich ist, eine zu grosse Belastung des Geistes oder Gedächtnisses exakt und unwiderleglich nachzuweisen. An einem Organe jedoch, dem Auge, tritt der schädliche Einfluss der Ueberhäufung mit in der Nähe auszuführenden Arbeiten in grösster Schärfe hervor und besitzen wir jetzt eine genügende Anzahl von Ermittelungen, um diesen schädlichen Einfluss mit grösster Genauigkeit beweisen zu können. Keineswegs ist diese Schädigung des Auges die einzige oder auch nur die wesentlichste, welche der Jugend aus der Ueberbürdung mit Nahearbeit erwächst; die Verkrümmungen des Knochengerüstes, die Verdauungsstörungen, die Kopfschmerzen und bei Mädchen die Störungen in der Genital-Sphäre sind gewiss mindestens eben so wichtig; auf die Verschlechterung der Augen ist aber desshalb ein besonderes Gewicht zu legen, weil sich daran überzeugend darlegen lässt, dass eine schädigende übermässige Belastung der Jugend mit Nahearbeit wirklich besteht". — Nachdem Redner auseinandergesetzt hat, dass Uebersichtigkeit auf zu kurzer Augenaxe, Kurzsichtigkeit dagegen auf zu langer beruht und dass die erstere immer mit der Bildung des knöchernen Schädels und des Antlitzes zusammenhängt, zeigt er, dass die Kurzsichtigkeit, also die zu grosse Länge des Auges (in der Richtung von vorne nach hinten), nur in der Minderzahl der Fälle mit der Knochenbildung in Verbindung steht und angeboren ist, in der Mehrzahl jedoch sich aus Ueber- oder Normal-Sichtigkeit entwickelt hat. Aus über- und normalsichtigen Augen werden kurzsichtige, indem die Augenaxe sich allmählig verlängert. Die übersichtigen Augen sind bis auf die zu kurze Axe völlig gesund und sind zu keiner Krankheit mehr disponirt als normalsichtige Augen. Dasselbe gilt von denjenigen kurzsichtigen Augen, bei welchen die Länge der Axe auf der Bildung des Schädels beruht. Die Mehrzahl der kurzsichtigen Augen zeigt dagegen die Spuren des naturwidrigen Prozesses, welchen sie, indem sie kurzsichtig und länger wurden, durchgemacht haben, in den pathologischen Veränderungen der Choroïdea, dem Staphyloma posticum, und neigt ausserdem mehr zu Erkrankungen als normalsichtige Augen. Die Verlängerung der Augenaxe kommt durch allmälige Ausbuchtung des hinteren Poles zu Stande. Diese wird ihrerseits wieder verursacht durch die andauernde Erhöhung des intraokulären Druckes, welche nothwendig mit der Konvergenz und der anhaltenden Kontraktion der das Auge bewegenden und umfassenden Muskeln, namentlich der Mm. recti interni bei der Konvergenz auf nahe Objekte, verknüpft ist. So lange die

Nahearbeit dauert, eben so lange sind diese Muskeln angespannt und ist der Binnendruck im Auge ein enorm hoher. Der Augeninhalt sucht auszuweichen und thut dies an der während der Entwicklungsjahre nachgibigsten Stelle, am hinteren Pole. Schoen demonstrirte dies an Präparaten und Zeichnungen. Das eben Besprochene ist das wesentlichste Moment, durch welches die Nahearbeit das Entstehen der Kurzsichtigkeit bewirkt; schädlich wird sie ausserdem durch die andauernde Anspannung des Accommodationsapparates und durch die theils dadurch, theils durch die Kopfhaltung bedingte Blutüberfüllung im Auge. Redner geht nun dazu über, durch Zahlen nachzuweisen, dass und in welchem Grade die Kurzsichtigkeit während der Schulzeit anwächst. Es liegen zur Zeit Untersuchungen von nahe an 30.000 Schulkindern der verschiedensten Gegenden Deutschlands und der Schweiz vor. — Auf dem Lande sind von den Schulkindern zwischen 6—8 Jahren 1.5 pCt. kurzsichtig, 70 pCt. übersichtig, in der Stadt dagegen 4 pCt. kurzsichtig. Auch unter der Landbevölkerung, welche doch vorwiegend mit Fernarbeit und nur kurze Zeit mit Naharbeit beschäftigt ist, vermehrt sich mit den Jahren die Kurzsichtigkeit. Es steht dies aber in keinem Verhältnisse zum Anwachsen der Kurzsichtigkeit bei Denjenigen, welche den ganzen in deutschen Städten üblichen Schulkursus durchmachen: von sämmtlichen Schulkindern daselbst sind 10 pCt. kurzsichtig u. z. von 6—8jährigen 1.5—4.0pCt., von 9—10jährigen 7 pCt., von 18-20jährigen 56—64 pCt. Zwischen den einzelnen Schularten besteht kein erheblicher Unterschied. Das Anwachsen erfolgt mit den Klassen und Schuljahren und ist die Uebereinstimmung in den verschiedenen Städten eine erstaunliche. Der grössere Prozentsatz von Kurzsichtigen in den oberen Klassen rührt nicht etwa davon her, dass die Kurzsichtigen mit Vorliebe die Schule durchmachen, die anderen dagegen die nicht gelehrten Berufsarten wählen. Cohn fand, dass das Friedrichs-Gymnasium zu Breslau innerhalb $1^1/_2$ Jahren 56 pCt. Kurzsichtige und 55.5 pCt. Normal- und Uebersichtige verlassen hatten. Derselbe fand ferner, dass innerhalb des gleichen Zeitraumes 16 pCt. der früher Normal- oder Uebersichtigen kurzsichtig, und 52 pCt. der Kurzsichtigen noch kurzsichtiger geworden waren. Ein analoges Resultat konstatirt Reuss zu Wien. Für andere Berufsklassen sind solche Untersuchungen nicht so leicht anzustellen, doch ist es nicht zu bezweifeln, dass [illegible] jenigen, welche sich den gleichen Schäd[illegible] keiten aussetzen, z. B. Kaufmannslehrl[illegible] die zugleich Fortbildungsschulen besu[illegible] dieselben Erscheinungen zeigen werden. [illegible] den Breslauer Studirenden waren $^2/_3$ [illegible] sichtig. Auch von den Einjährig-Freiw[illegible] ist die Mehrzahl kurzsichtig. Ein Anwa[illegible] der Kurzsichtigkeit in beunruhigender [illegible] ist somit für Deutschland wohl nicht zu [illegible] zweifeln. — Kurzsichtige Augen, welche [illegible] erst während des Lebens geworden sind, [illegible] aber immer kranke Augen. Die Sehsch[illegible] ist bei denselben durchschnittlich eine [illegible] ringere. Solche Augen sind ferner zu v[illegible] schiedenen Krankheiten disponirt, wie N[illegible] hautablösungen, Glaskörperflocken, Blutu[illegible] in der Gegend der Macula lutea und E[illegible] zündungen der Choroïdea. Kurzsichtige L[illegible] sind zu verschiedenen Berufsarten nicht [illegible] lich: sie werden niemals gute Turner, Schwi[illegible] mer, Schützen, Botaniker etc. sein kön[illegible] Es ist mithin wohl nothwendig, dem weite[illegible] Anwachsen dieser Plage entgegenzutreten, [illegible] mal da sich die rasche Zunahme derselb[illegible] auf Deutschland zu beschränken scheint. Man wusste dies früher schon im Allgemeinen, während in jüngster Zeit von Seiten amerikanischer Augenärzte diese Thatsache auf Grund genauer Untersuchungen bestätigt worden ist. — Die bisherigen Vorschläge, den üblen Einfluss der Nahearbeit zu paralysiren, erstreckten sich auf drei Punkte: die Beleuchtung in Schule und Haus, Druck der Schulbücher und die Kopfhaltung der Kinder. Es handelt sich bei allen dreien darum, die Kinder in den Stand zu setzen, dass sie sich in der grösstmöglichsten Entfernung von den Büchern halten. Diese Kopfhaltung wird nach der Vortragenden Ansicht am besten dadurch erreicht, wenn man von vorneherein einer Vorüberbeugung des Kopfes entgegenarbeitet. Dies geschieht durch Pulte, welche in verschiedenen Graden schräg zu stellen sind, so dass jedes Kind mit aufrecht gehaltenem Kopfe arbeiten kann. Doch könne hierdurch allein die Gefahr nicht beschworen werden, denn in den übrigen Ländern werden diese Punkte im Allgemeinen nicht mehr berücksichtigt worden sein, wie in Deutschland, und trotzdem finden wir in diesem Lande 37 pCt. mehr Kurzsichtige wie in Amerika und England unter den 21jährigen Individuen. Nun suchte der Vortragende die Schulverhältnisse Englands und Deutschlands gegenseitig zu vergleichen. Den Schulzwang, welcher in Eng-

land nicht besteht, aufzuheben, dazu wird Niemand rathen, aber die Wirkung muss gemässigt werden. Ein Theil der Schuld liegt in dem allzufrühen Lebensalter, in welchem der Schulzwang die Kinder in die Schule führt. Dazu kommen noch die deutschen Kindergärten mit ihren Flecht- und sonstigen Arbeiten. Eine grosse Anhäufung kleiner Kinder kann aber namentlich im Winter auf die Dauer nicht anders beschäftigt werden, als mit dergleichen Arbeit, während sie zu Hause mit groben Spielsachen spielen und frei umherspringen können. In den höheren Schulen Englands dauert der Unterricht höchstens 5 Stunden, meistens weniger, der Samstag ist gewöhnlich ganz frei, dazu kommen in den unteren Klassen 1 Stunde, in oberen höchstens 2 Stunden häuslicher Arbeit, zusammen 36—40 Stunden wöchentlich. In Deutschland hat man 30—36 Schulstunden und 24 und mehr häusliche Arbeitsstunden, zusammen also 54—60 innerhalb des gleichen Zeitabschnittes. Ganz ähnlich sind die Verhältnisse in den Mädchen- und übrigen Knaben-Schulen. Endlich — und dies ist das Hauptgewicht, welches die Waage zu unseren Ungunsten ausschlagen lässt — fehlen in Deutschland fast gänzlich die Spiele im Freien, welche in England täglich mehrere Stunden hindurch, selbst noch von 18—20jährigen Schülern geübt werden, wie Cricket, Football etc., und auf welche so viel Werth gelegt wird, dass, der erste Cricketspieler zu sein, eben so viel gilt wie der erste in scholarship, bei uns primus omnium. Deutsche Turnstunden sind nicht dasselbe: es sind vor Allem nur wenige Stunden wöchentlich. Sie werden ferner häufig in engen Räumen abgehalten, üben überhaupt nicht den Blick in die Ferne wie jene englischen Spiele, und erscheinen dem Schüler nicht als Spiel und Erholung, sondern als so und so viele weitere Arbeits- oder Schul-Stunden. Namentlich in den grösseren Städten kommt der deutsche Schüler, Tertianer und Sekundaner, selten mehr als zwei Mal wöchentlich in's Freie; Botanisiren, Käfer suchen u. s. w. — durch welche zugleich mehr oder minder wissenschaftlich betriebene Exerzitien der Blick so sehr geschärft wird (nie wird ein Kurzsichtiger dieselben mit Erfolg betreiben können!) — unterbleibt mehr und mehr. — Die englischen Einrichtungen lassen sich nicht einfach auf Deutschland übertragen, da die meisten englischen Schulen Albumnate sind. *Aber* ausführbar in Deutschland und dringend zu wünschen wäre, als einziges Gegenmittel gegen das Anwachsen der Kurzsichtigkeit, die Anlegung von grossen Spielplätzen in der Stadt und in der Nähe der Schulen, die Verminderung der Schulstunden auf 5 täglich, der Arbeitsstunden auf 2. Von Seite der Lehrer wird gegen diese Forderung Widerspruch erhoben werden, indess wird in Deutschland unter Ausbildung der Jugend zu einseitig das Einprägen einer Menge von Kenntnissen verstanden, die harmonische Bildung von Geist und Körper dagegen vernachlässigt, während Niemand behaupten kann, dass England auf den Gebieten der Kunst, Literatur, Wissenschaft u. s. w. weniger geleistet habe und noch leiste als Deutschland, trotzdem es seinen Schülern viel weniger Nahearbeit zumutbet. Alle unnöthige Beschäftigung mit nahen Gegenständen muss vermieden werden. Derartige Beschäftigungsmittel für kleine Kinder, Spielsachen namentlich, müssen strenge verpönt sein. Ferner ist Verminderung der Schul-, Arbeits- und Privat-Stunden anzustreben. Es gilt dies nicht nur für Schüler, sondern für alle, welche ungefähr in derselben Lage sich befinden, wie die Lehrlinge u. s. w. Endlich Zeit, Platz und Gelegenheit zum Spielen im Freien, Uebung im Fernsehen, wodurch allein Erschlaffung der Augenmuskeln bewirkt und dem Auge die Möglichkeit, sich zu erholen, gegeben ist, müssen verlangt werden. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 21.) —

In einer Jubelschrift der medizinischen Fakultät zu Würzburg, Herrn Franz v. Rinecker dargebracht und betitelt: „Die Bösartigkeit der Karzinome, dargestellt als eine Folge ihrer örtlichen Destruktivität“ (Leipzig, 1877) gelangt der Verfasser, Prof. Dr. E. Rindfleisch, zu folgendem Resumé: Bei jeder Karzinombildung kommt in erster Linie ein völliger Reizzustand des Blutgefässbindegewebe-Apparates in Betracht. Durch diesen verlängern sich die oberflächlichen Gefässterritorien und diese Verlängerung führt zur Dehiscenz derselben an gewissen, durch die Struktur prädisponirten Punkten. Diese Dehiscenz folgt kontinuirlich den Aussenflächen der Gefässterritorien und erstreckt sich von der wirklichen Aussenfläche des Körpers in das Lymphgefässsystem hinein. Das Epitel überzieht die neu entstehenden Aussenflächen in ähnlicher Weise, wie es eine granulirende Wundfläche überzieht, geräth dabei aber nothgedrungen in

gewisse Tiefen, aus welchen es nicht mehr durch Desquamation entfernt werden kann. Wohl aber finden sowohl die jüngeren Epitelzellen selbst, als auch die durch ihren Stoffwechsel erzeugten chemischen und fermentativen Produkte, als endlich die Produkte ihres etwaigen Zerfalles natürliche Wege vor, um in die Säftemasse des Körpers überzugehen und zu Metastasen und zu dem wichtigsten Kriterium für die Bösartigkeit einer Geschwulst, zur Kachexie, zu führen. Die Einwirkung auf die Säftebeschaffenheit des Organismus ist um so inniger, je detaillirter die destruirende Infiltration auftritt, d. h. je mehr die Neubildung gleichzeitig die Lymphgefässwurzeln occupirt. — Den Unterschied der Bösartigkeit zwischen Karzinomen und Sarkomen erklärt Verf. in folgender Weise: Während bei den ersteren überall ein Hereinziehen der sezernirenden Aussenfläche in das Parenchym und die Säftezirkulation des Körpers stattfindet und somit von dem Krebse aus fremdartige Materien in das Blut gelangen, so liegt bei den Sarkomen die Sache wesentlich anders. Auch bei den bösartigen Sarkomen konzentrirt sich — und zwar gerade im Gegensatze zu den gutartigen Formen dieser Neubildung und zu verwandten Geschwülsten, bei welchen eine perivaskuläre oder im weiteren Sinne plexiforme Anhäufung der neugebildeten Zellen die Regel ist — die ganze Masse der zelligen Neubildung auf die Aussenfläche der Ernährungsterritorien. Die scheinbar ganz zusammenhängenden kleinzelligen Massen eines Sarcoma medullare musculorum lassen sich leicht in ein Netzwerk verwandeln, welches nach Gestalt und Lage einem mit Zellen gefüllten Lymphspaltensysteme gleich sieht, wenn man durch starke Essigsäure die perivaskulären Bindegewebsscheiden aufquellen macht und dadurch den durch die abgelagerten Zellenmassen komprimirten Gefässterritorien zu einem grösseren Umfange verhilft. — Aber auch die bösartigsten Sarkome sind Binnengeschwülste des intermediären Ernährungsapparates; in Folge dessen gelangen sehr leicht Produkte ihres Stoffwechsels in die Säfte des Körpers, ja alle werden vom Körper aufgenommen, so lange nicht etwa ein Geschwür an der Oberfläche sich gebildet hat. Andererseits sind aber die Sarkome die nächsten Verwandten gutartiger Histioide, durch zahlreiche Zwischenglieder mit ihnen verbunden, sie sind aus Zellenarten (farblose Blutkörperchen, junge Bindegewebszellen etc.) aufgebaut, an deren Produkte der Organismus gewöhnt ist. Nur aus der das gewöhnliche Maass weit überschreitenden Zahl und zum Theile auch aus der ungewöhnlichen Grösse der Fermente bereitenden Sarkomzellen ergibt sich vielleicht der schädigende Einfluss, welchen destruirende Sarkome auf die Konstitution der Kranken ausüben. Ob sich auch klinisch behaupten lässt, dass bei den destruirenden Sarkomen die Bösartigkeit mehr von der Grösse der Geschwulst abhängt als bei den schon in kleinsten Exemplaren gefährlichen Karzinomen (Zungen- und Magenkrebse) ist Rindfleisch nicht in der Lage, entscheiden zu können. Jedenfalls steht der relative Zellenreichthum und die Grösse der Zellen in geradem Verhältnisse zur Bösartigkeit der Sarkome. Dabei bleibt es immer noch möglich, dass die Pigmentsarkome mit ihren durch ihre Beziehung zum Blutfarbstoffe spezifischen Zellen einen auch in qualitativer Beziehung sehr schädlichen und darum schnell gefährlichen Einfluss auf den Stoffwechsel nehmen können.

In einer vorläufigen Mittheilung an die Redaktion der deutschen Zeitschrift f. prakt. Medizin (veröffentlicht in der letzten Nummer derselben vom 25. Mai d. Js.) bespricht Prof. Herrmann Köhler, Dirigent des Provinzial-Impfinstitutes zu Halle, folgendermassen die thymolisirte Vaccinelymphe: „Herr Dr. Küssner, Assistent der medic. Klinik hierselbst, ist seit längerer Zeit mit Versuchen über die Wirkungen des Thymols auf Kreislauf, Athmung und nervöse Funktionen in meinem Laboratorium beschäftigt. Der Veröffentlichung der Resultate dieser viele interessante Gesichtspunkte ergebenden Arbeit will ich nicht vorgreifen, sondern nur die praktische Verwerthung eines dieser Ergebnisse, welches mir gerade gegenwärtig, wo so viel pro et contra die humanisirte Vaccinelymphe geschrieben, gelästert und petitionirt zu werden pflegt, ein erhöhtes Interesse beanspruchen zu dürfen scheint, einem grösseren Leserkreise vorläufig mittheilen. Es betrifft diese Mittheilung das Thymolisiren frisch vom Kindesarme gesammelter Vaccilymphe, zu welchem seit Beginn gegenwärtiger Impfperiode in dem von mir geleiteten Impfinstitute geschritten wurde, nachdem eine Reihe von Versuchen, welche Herr Küssner in seiner ausführlichen Arbeit beschreiben wird, mit überzeugender Gewissheit ergeben hatte, dass 1) Thymollösung (1:1000 Wasser)

scher Vaccinelymphe zu gleichen Theilen gesetzt jeder Zersetzung der letzteren unter nfluss von Luftzutritt, Feuchtigkeit und eigerung des Wärmegrades der atmosphäri-hen Luft eben so sicher wie energisch vor-ugt und 2) das Thymol dieser fäulniss-id zersetzungswidrigen Kraft ungeachtet mit r Lymphe verimpft gleichwohl der normalen id günstigen Entwicklung der Pocken in nau derselben Zeit, als wäre gute, unver-ischte, humanisirte Lymphe verwendet wor-n, keinerlei Eintrag thut, so dass ich die accinepusteln in bekannter Weise öffnen, e austretende Lymphe in passenden Kapillar-hrchen auffangen, sofort in Uhrgläser wie-r ausblasen und alsdann den Inhalt genau vieler bis zur Marke mit der Thymollös-ig (1 : 1000) gefüllter Kapillaren, als Ka-llaren mit Lymphe gesammelt werden, zu-tzen lasse. So gewinne ich eine „Thymol-mphe", welche bisher noch in keinem ein-gen Falle im Stiche liess, trotzdem dass vie bei der „Glyzerinlymphe") das Volumen rch Verdünnung mit gleichen Gewichts-eilen der Thymollösung verdoppelt wurde. ie Impfung mit dieser neuen Thymollymphe t nicht schmerzhafter wie die mit gewöhn-cher humanisirter Glyzerinlymphe und sind hlegmonöse Erscheinungen darnach nicht n einziges Mal aufgetreten, dagegen sind ocken, welche an Schönheit der Entwicklung id Gesetzmässigkeit des Verlaufes nichts zu ünschen liessen, bisher ausnahmelos zur eobachtung gekommen. Soferne man nun n der desinfizirenden Wirkung, welche hymol bei der geringen Konzentration seiner ösung in Wasser der Vaccinelymphe wie deren thierischen Flüssigkeiten gegenüber t, auf Grund zahlreicher Versuche eben so st überzeugt sein kann wie davon, dass der ntwicklung der Vaccin-Pusteln nach Ver-pfung der Thymollymphe keinerlei Eintrag schieht, wird es sich besonders während r heissen Jahreszeit, welcher wir entgegen hen, empfehlen, nur solche mit Thymol im gegebenen Verhältnisse vermischte humani-rte Lymphe vorräthig zu halten (was in gut rkorkten Gläschen, wie solche in homöo-thischen Hausapotheken zu finden sind, nscheinend unbegränzt lange Zeit angeht, hne dass die Lymphe ihre Haftfähigkeit ein-üsst) und zu verschicken. Ich selbst habe ne grosse Reihe mir näher bekannt gewor-ener Impfärzte der Provinz, nachdem ich lbst ein paar Dutzend gut gelungene Probe-pfungen mit ausgesuchten Impflingen ent-nommener Lymphe vorgenommen und den ungestörten normalen Verlauf der jeder An-forderung entsprechenden, durch die Thymol-lymphe erzeugten Pocken hier im Impfinstitute beobachtet hatte, mit erfolgreich verimpfter Thymollymphe versehen, damit weiter zu impfen gebeten und behufs Aufstellung tabel-larischer Uebersichten um Notizen über die Resultate ersucht. Da ich selbst als städti-scher Impfarzt nie unter 2000 Kinder impfe, werde ich ja das von Anderen zu Beobach-tende durch ausreichende Erfahrung zu be-stätigen Gelegenheit finden und die erhaltenen Einzelheiten am Schlusse der Impfperiode in Eulenburg's Vierteljahrsschrift in extenso veröffentlichen". —

Zur Lehre von der Pilzvergiftung liegen aus der jüngsten Zeit zwei Arbeiten von Prof. Oré zu Bordeaux (Bull. de l'Acad. 2. Sér. VI. 32. p. 877) und von Dr. Josef Michel zu Paris (Gaz. hebdom. 2. Sér. XIII. 42. p. 657) vor, welchen wir das Nachstehende entnehmen. Die erstere Abhandlung beschäf-tigt sich mit Beantwortung der Frage, in welcher Weise der Tod durch Amanita phal-loides zu Stande kommt? — Die von Oré angestellten Versuche bestätigen die That-sache, dass sich Agaricus muscarius, A. phal-loides und A. pantherinus sehr nahe stehen. Die mittlere Spezies ist mit dem A. bulbosus der Franzosen, welchen Oré's Untersuch-ungen zum Gegenstande haben, identisch. Alle Agaricus-Arten haben nicht nur bezüg-lich ihrer Wirkung unter sich grosse Aehn-lichkeit, sondern es tritt auch eine grosse Verwandtschaft zwischen dem Muscarin und Eserin, den Alkaloiden des Fliegenpilzes und der Kalabarbohne, hervor. Ihnen schliesst sich A. phalloides an, und Prof. Gubler würde keinen Augenblick anstehen, die wirk-same Substanz dieser Pilzart „Phalloidin" zu nennen, wenn der Nachweis geführt wäre, dass dieselbe ein von den übrigen Pilzalka-loiden differenter chemischer Körper sei. In ihren toxischen Wirkungen reihen sich die genannten Substanzen sämmtlich den betäu-benden scharfen Giften an. Sie rufen ent-zündliche Veränderungen des Magen-Darm-kanales hervor u. z. sehr tiefgreifender Natur, deren Residuen Verfasser durch gut kolorirte Abbildungen verdeutlicht, wobei es gleichgiltig ist, ob der A. phalloides im frischen oder getrockneten Zustande in die ersten Wege gelangt. Nur durch Behandlung mit Essig,

in welchem das Alkaloid dieses Pilzes löslich ist, lässt sich demselben das giftige Prinzip entziehen, welches wiederum durch Thierkohle aus dem Essig eliminirt werden kann. Diese Beobachtung hatte Oré zu der unrichtigen Auffassung verleitet, die giftigen Eigenschaften des Pilzes müssten an eine im Essig suspendirte Substanz, vielleicht die Sporen des Pilzes, gebunden sein, wobei indessen übersehen wurde, dass auch andere giftige Substanzen, z. B. Strychnin und Pikrotoxin, ihren Lösungen durch Thierkohle entzogen werden. Das Phalloidin (wie wir den fraglichen giftigen Stoff der Kürze halber nennen wollen) wird resorbirt, geht in die Blutbahn über und bedingt so in dem Parenchyme der verschiedenen Organe, denen es mit dem Blute zugeführt wird, Modifikationen der Lebensäusserungen. Durch Ueberführung vergifteten Blutes in das Gefässsystem eines anderen Thieres konnte jedoch Oré niemals den Tod des letzteren bewirken, woraus er schliesst, dass die toxische Wirkung des Phalloidin als lediglich durch das Nervensystem vermittelt, etwa analog der Entstehung des Tetanus traumaticus aufzufassen sei. Als Stütze dieser kaum haltbaren Hypothese dient ihm die keineswegs allgemein giltige Annahme, dass auch der Tetanus in Folge von Strychnin lediglich reflektorischer Natur sei (Phalloidin und Strychnin sind aber krampferzeugende Gifte), und die von ihm beobachtete Thatsache, dass, wenn nach Einführung von Phalloidin durch den Mund an einer bestimmten Stelle der Darm abgeschnürt wird, diesseits wie jenseits der Ligaturstelle am Darme Entzündungsresiduen nachweisbar sind. Abgesehen davon, dass das resorbirte Phalloidin sehr schnell in das Parenchym der Organe übergehen und desswegen sehr bald im Blute nicht mehr aufzufinden sein kann, enthält Oré's Beweisführung bezüglich der reinen Nervenwirkung dieses Giftes insoferne eine Lücke, als es nach Analogie des Emetin eine Reihe von toxischen Substanzen gibt, deren wenigstens theilweise Elimination unter allen Umständen, mögen sie in die Venen, unter die Haut oder durch den Mund eingeführt sein, durch die Darmschleimhaut vermittelt wird, wobei diese letztere hinsichtlich ihres Blutgehaltes, ihrer Absonderung und sonstiger Verhältnisse deutliche Veränderungen erfährt, welche in zahlreichen Fällen den Charakter der Stase und Entzündung tragen. Ehe man (von jeder resorptiven Wirkung des Phalloidin abgesehen) den gesammten durch diesen Giftstoff hervorgebrachten Symptomenkomplex lediglich auf die durch erstere bedingte Affektion des Centralnervensystems beziehen kann, ist noch zu ermitteln, ob nicht auch nach subkutaner Injektion des Phalloidin entzündliche Erscheinungen am Darme und die Gegenwart dieses Alkaloides im Darminhalte nachzuweisen wären. So lange als dessen Elimination durch die Darmschleimhaut nicht exakt ausgeschlossen ist, wird man um so mehr berechtigt sein, das Phalloidin den betäubenden scharfen Giften zuzurechnen, als Erbrechen, cholera-artige und peritonitische Symptome, Diarrhöe doch wohl nur als Darm-Erscheinungen aufgefasst und keineswegs ebenso wie die Gefäss-Erweiterung, Stase und Temperatur-Erhöhung am Kaninchenohre nach Halssympathikus-Durchschneidung gedeutet werden dürften, ganz abgesehen davon, dass die in Rede stehenden Symptome bei der Strychninvergiftung gänzlich fehlen. — In der zweiten oben angeführten Abhandlung theilt J. Miettel vier Fälle von Pilzvergiftung mit, in welchen die giftige Spezies nicht erkannt wurde, welche aber mit ziemlicher Sicherheit auf Amanita phalloides zu beziehen sein dürften. In zwei Fällen handelte es sich um gleichaltrige junge Frauen, welche dieselben Pilze gesammelt, ihren Vorrath zu gleichen Hälften getheilt und ziemlich gleiche Mengen davon gegessen hatten: und dennoch herrschten in einen Falle neben unbedeutenden gastrischen Symptomen Störungen in den Funktionen des Nervensystems vor, während im anderen Falle beim Fehlen aller nervösen Erscheinungen selbst des Kopfschmerzes, nur Darmerscheinungen bestanden. Der dritte Fall war wieder durch das Vorherrschen von Koma ausgezeichnet, während die Darmsymptome in den Hintergrund traten. Hier trat nach 12 Stunden der Tod ein; die anfangs vorhandene Myosis höchsten Grades ging kurz vor dem Tode in Mydriasis über. Im *vierten Falle* hauptsächlich Diarrhoe und Erbrechen, keine Pupillenveränderung; grosser Kollaps. Heftige Kolikschmerzen während des ganzen 15stündigen Verlaufes; rasche Besserung nach Darreichung eines Emeto-Katharticums; leichter Fall. — Die hier nur ganz kurz analysirten vier Fälle beweisen, unter wie *verschiedener* Form nicht nur die Vergiftungen durch differente Giftpilzarten, sondern auch die durch eine und dieselbe Spezies bedingten auftreten können, eine scharfe Diagnose aus den während des Lebens beobachteten Symptomen

allein zu stellen ist unmöglich. Besonders hebt Michel gegen Rabuteau hervor, dass er in keinem dieser vier von ihm beobachteten Fälle Symptome von Lähmung der Muskeln beobachtet habe, welche die Pilzgifte zu Muskelgiften stempeln würden. Bezüglich der Therapie sind Emeto-Kathartica, belebende Mittel, wie Alkohol und Aether in hoher Dosis, und energische Friktionen des Körpers zu empfehlen. Auflösungen von Jod, Essig oder Kochsalz und Wasser erwiesen sich völlig erfolglos. —

Im Archiv f. experimentelle Pathologie etc. VII S. 175 ff. veröffentlicht C. Gies experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Arsenik auf den Organismus. Er fütterte Kaninchen, Hähne, Schweine fast vier Monate lang mit allmählig gesteigerten Dosen arseniger Säure (Kaninchen 0.0005 bis 0.007 Grm. pro die, Hähne 0.001 bis 0.08, Schweine 0.0005 bis 0.005 pro die). Sämmtliche Versuchsthiere wurden schwerer und fetter; das Knochenwachsthum war — bei in der Entwicklung begriffenen Thieren. — epiphysär und periosteal ein gesteigertes. Ueberall, wo physiologisch Spongiosa sich vorfindet, beobachtet man bei solchen mit Arsen gefütterten Thieren kompakte Substanz. Die Hand- und Fusswurzel-Knochen z. B. bestanden durchweg aus solider Knochenmasse. So zeigte sich ferner unterhalb der Epiphysenknorpel, ähnlich wie nach Phosphorfütterung, eine kompakte knochenharte Schichte, welche am stärksten an der oberen Epiphyse des Humerus und an der unteren des Femur war. Die Knochenkörperchen im Bereiche dieser (Arsen-) Schichte sind kleiner, weniger zahlreich, die Havers'schen Kanäle besitzen daselbst eine geringere Ausdehnung und sind spärlicher als unter normalen Verhältnissen. Diese Veränderungen wurden schon nach 19tägiger Fütterung beobachtet (17 × 0.0005 und 2 × 0.001 Grm. Arsenik). Auffallender Weise zeigten Thiere, welche mit den Arsenik erhaltenden in demselben Stalle sich befanden, ein gleiches Verhalten der Knochen. Dies führt Gies auf die Einwirkung des Arseniks, welchen die Versuchsthiere durch Haut und Lungen eliminirten, zurück. Ganz gleiche Knochenveränderungen fand er auch bei Thieren, welche in einem Käfige sich befanden, unter dessen durchbrochenem Boden Arsenik ausgebreitet lag. — Wurden ausgewachsene Thiere mit Arsen gefüttert, so zeigte sich die Rindensubstanz der Diaphysen erheblich verdickt. Mit diesen Modifikationen an den Knochen gehen gleichzeitig mehr oder minder starke Verfettungen des Herzmuskels, der Leber, Nieren und der Milz einher. Trotzdem befanden sich die Thiere in einem ausgezeichneten Ernährungszustande (?). — Wurden die Arsendosen gesteigert, so traten die Veränderungen an dem Knochensysteme in den Hintergrund und es bildete sich jetzt das Bild des chronischen Arsenicismus aus: Entzündungserscheinungen im Magen, kolossale Hyperämie der Darmschleimhaut sowie sehr starke fettige Degeneration der Leber, Milz, Nieren und des Herzmuskels. — Die von den Versuchsthieren geworfenen Jungen kamen sämmtlich todt zur Welt, zeichneten sich durch ihre Grösse aus, boten an den Knochen den Beginn der oben geschilderten Abnormitäten dar und besassen endlich eine beträchtliche Hypertrophie der Thymusdrüse. —

An sechs Gefangenen des Millbankgefängnisses zu Portsmouth stellte H. Brietzke Versuche an über die Beziehungen der Muskelarbeit zur Harnstoffausscheidung. Die Arbeit bestand in dem Drehen einer Cintel und konnte auf Fuss-Tonnen berechnet werden. Jeder Versuch umfasst 20 Tage, nämlich 10 Arbeitstage und 10 Ruhetage. Die Zahlen für den ausgeschiedenen Harnstoff sind im Mittel:

	Arbeit	Ruhe	Ruhe
I.	18.80	22.62	23.55
II.	35.89	36.86	38.97
III.	35.08	34.07	37.19
IV.	42.54	39.46	44.85
V.	44.28	38.18	39.27
VI.	35.59	34.71	38.16.

Eine Steigerung der Harnstoffausscheidung durch die Arbeit ist nicht erkennbar. Die mit der Nahrung eingeführte Stickstoffmenge betrug regelmässig in den beiden ersten Perioden 248 Grm. (ungefähr = 16 Grm. Stickstoff entsprechend 34.3 Grm. Harnstoff), in der dritten Periode 292 Grm. (19 Grm. Stickstoff = 40 Grm. Harnstoff). In Betreff der übrigen Versuchsdaten sei auf das Original verwiesen. (Brit. and for. med.-chir. Revue, 1877, S. 190.) —

Im Wiener medizinischen Doktorenkollegium hielt am 13. Mai d. J. Dr. Hüttenbrenner einen Vortrag über die „Fistula omphalo-

mesenterica", welchem wir das Folgende entnehmen: In seltenen Fällen persistirt die zwischen dem Darmkanale und der Dotterblase bestehende in der Regel bis zum 4. oder 5. Monate des embryonalen Lebens bereits verschwundene Verbindung, der Ductus omphalo-mesentericus, und zwar persistirt derselbe entweder als Meckel'sches Divertikel des Dünndarmes, welches bis zu 14 Zoll Länge frei in die Bauchhöhle ragend beobachtet wurde, oder als ligamentöse, aus den verödeten Vasis omphalo-mesentericis bestehende an den Wirbel sich inserirende Schnur, oder endlich adhärirt der Ductus an den Nabel, bleibt aber nach aussen offen; die Kommunikation der Aussenwelt mit einer Dünndarmschlinge stellt eine angeborene Dünndarm-Nabelfistel dar, ein Zustand, der auch durch Nabelgangrän oder nach tuberkulöser Peritonitis sich etabliren kann. Bei einer solchen Fistel kann nun ein Vorfall durch Invagination des zu- oder des abführenden Darmstückes oder beider eintreten, welcher immer sehr gefährlich ist. Der Vortragende demonstrirt nun in sehr instruktiver Weise an einem Modelle das Zustandekommen solcher Vorfälle, wie deren zwei in Wien beobachtet worden sind. Da deren Reposition nicht gelang, so wurde in dem ersten Falle die vorlagernde Geschwulst abgebunden und ein widernatürlicher After gebildet, im zweiten Falle erfolgte Gangrän des Vorfalles. Beide Fälle endeten mit dem Tode. Schliesslich erklärt Hüttenbrenner, dass er sich bei der Aussichtslosigkeit eines jeden anderen Verfahrens vorkommenden Falles zu einer Laparotomie entschliessen würde, um die Invagination zu reponiren. (Wien. med. Wochenschrift, 21, 1878.) —

Dr. J. Hirschberg hat die meisten anämischen Kranken, welche während des letzten Sommersemesters auf die Charité-Abtheilung der medizinischen Klinik zu Berlin gelangten, der Untersuchung mit dem Augenspiegel unterworfen und gefunden, dass sich ziemlich ungezwungen dreierlei Veränderungen des Augenhintergrundes unterscheiden lassen: 1) Die Papilla optica beider Augen wird bleich bei normaler Breite der Netzhautgefässe. Später wird sie hellweiss, fast wie bei extraokularer Atrophie. Die Sehkraft ist ziemlich unverändert. Mit Besserung des Grundleidens kehrt das normale Verhalten des Sehnerven wieder. 2) Bei chronischer Anämie wird die Papilla weisslich-trübe und die Blutgefässe verengt. Es besteht beiderseits eine leichte Neuritis optici. Blutungen sowie einzelne grauweissliche oder weissliche Flecke in der Netzhaut können sowohl bei der ersten wie bei der zweiten Reihe von Fällen entstehen. 3) Wenige Tage nach einem erschöpfenden Blutverluste kommt es zu einer ausgeprägten Neuroretinitis. Sehstörung ist immer vorhanden und kann in wenigen Tagen zur absoluten Amaurose fortschreiten, welche meist bleibend ist. (Beiträge zur praktischen Augenheilkunde von Hirschberg, 3. Heft, S. 18 ff.) —

Zu den Gelenk-Affektionen, welche durch die Punktion und Auswaschung mit Karbolsäure theils geheilt, theils wenigstens günstig beeinflusst werden, rechnet F. Rinne (an der chirurgischen Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses) folgende: 1) Von akuter Synovitis diejenigen, bei welchen durch hochgradige Exsudation ein Kapseldurchbruch droht oder grosse Schmerzhaftigkeit verursacht wird. 2) Die subakuten und chronischen serösen Ergüsse. Bei subakuter Synovitis warte man so lange, bis der Erguss nicht zunimmt und versuche zunächst die älteren Methoden. Jeden chronischen Hydrarthros punktire man sofort. 3) Die katarrhalischen Eiterungen. 4) Die akuten Hämarthrosen in Folge von Traumen. 5) Die Fälle von Arthritis urica mit hochgradigen Gelenkergüssen. Hier kann die Entfernung des Ergusses auffallend schmerzlindernd wirken. 6) Parenchymatöse, eiterige Arthromeningitiden nur insoweit, als von Seite des Ergusses eine Kapselperforation droht, welche durch Punktion verhindert werden kann. Meist wird hier auch die Drainage am Platze sein. Bei Gelenkverjauchungen in Folge von Epiphysen-Osteomyelitis kommen neben der permanenten Irrigation der Gelenkhöhle die Ignipunktur, die Trepanation der Epiphyse u. s. w. in Betracht. 7) Die leichtesten Formen der fungösen Entzündung; hier sind öfters Wiederholungen und die gleichzeitige Anwendung der anderen bekannten Mittel am Platze. (Centralbl. f. d. mediz. Wissensch., 1878, Nr. 21.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 25.

Erlangen, am 22. Juni 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Krup und Diphtherie. Ueber die Hydrokele und ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundbehandlung. Entwicklung des Tumor albus. Sind die seelischen Phänomene beim Neugeborenen Reflexvorgänge? Ascites in Folge von Lebercirrhose. Ueber Wucherungen der Gehirnventrikelwände. Ueber Kehlkopftuberkulose. Zinkoxyd gegen chronische Diarrhoe. Albuminurie nach körperlicher Anstrengung.

In Virchow's Archiv 70. Bd. S. 325 und 72. Bd. S. 240 beschäftigt sich Dr. C. Weigert mit Krup und Diphtherie. Im ersten Theile seiner ausführlichen, meist auf experimenteller Basis ruhenden Untersuchungen erörtert derselbe die Frage nach dem feineren pathologischen Vorgange, welcher den differenten anatomischen Erscheinungen des Krup und der Diphtherie ihren spezifischen Charakter verleiht. Weigert experimentirte an Kaninchen, welchen er durch offizinellen Liquor Ammonii caustici künstliche Krupmembranen der Luftröhre herstellte. Nach zwei Tagen erfolgte die Ablösung der Pseudomembran genau an der Gränze des Bindegewebes, respektive an der Membrana propria. Die Pseudomembran besteht aus mehreren Schichten: dem Bindegewebe zunächst liegt eine Schicht sehr stark veränderter Epitelien, welche in Fällen geringerer Entzündung noch deutlich als solche kenntlich sind; Verfasser nennt sie Schollenschicht. Auf diese folgt die Fibrinschicht. Erstere kann durch Fibrinmassen von dem Bindegewebe abgehoben sein. Die Umgebung der Pseudomembran trägt niemals normales Flimmerepitel, sondern in einer, später in mehrfachen Lagen, die vom Verfasser als „Ersatzzellen" bezeichneten Epitelien, welche zwischen der Membrana propria und den fertigen Flimmerzellen der normalen Luftröhre gelegen sind. Die Resultate waren ganz analoge, wenn die krupöse Entzündung durch andere Reize, durch Anwendung von Essigsäure, 3proc. Karbolsäure, 6proc. Chromsäure und heisses Wasser hervorgerufen worden war. Die für das Zustandekommen einer Krupmembran unumgänglich nothwendige Bedingung ist nach Weigert erstens der Verlust des Epitels und zweitens die Erhaltung des darunter gelegenen gefässführenden Gewebes der Schleimhaut. Wie wichtig die Rolle des letzteren ist, zeigen Versuche, bei welchen nach vorhergegangener Zerstörung der gefässtragenden Schleimhautschichte die Bildung einer Krupmembran am Orte der Reizung stets ausblieb. Der krupöse Charakter der Ausscheidung ist nach Verfasser so zu deuten, dass die Gerinnungsfähigkeit des Exsudates erhalten bleibt und dieser Umstand steht im Zusammenhange mit einer leichten Durchlässigkeit der sezernirenden Schleimhautgefässe für Wanderzellen, deren fibrinoplastische Wirksamkeit durch die Breslauer Untersuchungen über entzündliche Lymphe und deren Gegensatz zum einfachen Oedem bekannt ist (Cohnheim und Lichtheim). Die Erörterungen über die verschiedenen Modalitäten des Zellentodes, der farblosen Blutkörperchen, welche hier folgen, wolle man im Original einsehen. — Der zweite Theil der Arbeit beschäftigt sich zunächst mit der Klärung der Begriffe des Krup, der Pseudodiphtherie und der eigentlichen Diphtherie. Die krupösen Pseudomembranen sind leicht ablösbar und bestehen aus einem Netzwerke schmaler, oft amyloidartig glänzender Fasern oder aus einer mehr körnigen Masse, mit Rundzellen in sehr wech-

selnden Verhältnissen. Wie bereits oben betont, fehlt das Epitel an den Stellen der Membran vollkommen und wo Inseln desselben stehen geblieben sind, da werden sie von einem fibrinösen Netzwerke überbrückt. Die Domaine dieser rein krupösen Entzündung ist die Luftröhre, doch kommt sie gelegentlich auch auf den Schleimhäuten der Konjunktiva, des Rachens oder der Harnblase vor. Die pseudodiphtherischen Auflagerungen sind ebenfalls scharf gegen das unterliegende Bindegewebsstroma abgegränzt, sie sind indessen während des Lebens nicht ohne Verletzung desselben zu entfernen. Histologisch zeichnen sie sich im Wesentlichen vor den einfachen Kruphäuten aus durch einen Mehrgehalt an runden kernlosen Zellen, von der Art der im submukösen Bindegewebe befindlichen. Derartige nur mit Reserve als Diphtherie zu bezeichnende und von Weigert als pseudodiphtherische Häute unterschiedene Entzündungsprodukte finden sich auch noch im Cervix uteri (bei Puerperalfieber) und bei sekundärer sowie primärer Dysenterie. Mikrokokken und Zooglöahaufen bilden hier wie überall ein inkonstantes Vorkommniss. Die eigentliche Diphtherie befällt alle Schleimhäute, ausser derjenigen der Luftröhre; bei ihr findet eine Umwandlung des Schleimhautstroma's selbst in eine derbe, dem geronnenen Fibrin ähnliche Masse statt. Das Exsudat bleibt nicht als ablösbare Schicht auf der Oberfläche, sondern infiltrirt die Mukosa und veranlasst ein Zugrundegehen derselben und des submukösen Bindegewebes auf dem Wege der „Koagulations-Nekrosen". — Den Schluss macht Weigert mit Bemerkungen über „diphtheroide" Vorgänge bei Niereninfarkten, Pocken, wachsartiger Veränderung quergestreifter Muskeln und anderen pathologischen Prozessen, bei welchen gleichfalls die Koagulationsnekrose als der wesentlich bedingende Faktor anzusehen ist.

In der Volkmann'schen „Sammlung von klinischen Vorträgen" veröffentlicht A. Genzmer einen Vortrag (Nr. 135) über die Hydrokele und ihre Heilung durch den Schnitt bei antiseptischer Wundbehandlung. Auf Volkmann's Klinik wurden nämlich in den letzten drei Jahren 69 Fälle von Hydrokele behandelt und sämmtlich durch den Schnitt operirt. In 60 Fällen konnte die Zeit der Entstehung der Krankheit ermittelt werden; es entfielen 14 Fälle auf das dritte und vierte Dezennium, je 12 auf das fünfte Dezennium und auf das Alter von 50—7 Jahren. Es ist somit die Zeit der Pubertätsentwicklung mit einer beträchtlichen Anzahl betheiligt, ebenso ist die Zahl der Fälle, welche in der Periode der senilen Involution entstanden sind, auffallend gross. Verfasser geht nun auf die anatomischen Details seiner Fälle zu deren Beobachtung die Operation durch den Schnitt Gelegenheit bot, näher ein, doch muss in Bezug hierauf auf das Original verwiesen werden. — In ätiologischer Beziehung theilt er die Fälle in fünf Gruppen: bei der ersten und zahlreichsten ist ein Trauma das ursächliche Moment; die zweite Gruppe umfasst jene Fälle, welche sich auf eine Gonorrhoe zurückführen lassen; die Fälle der dritten Gruppe hängen mit Störungen im sekretorischen Apparate des Hodens zusammen und datiren aus den Perioden der Pubertät und der senilen Involution; bei den Fällen der vierten Gruppe sind Stauungen die Ursache, in der fünften Gruppe endlich erscheint die Hydrokele bloss als die begleitende Erscheinung einer schwereren Affektion des Hodens oder des Nebenhodens. — Die Operation der Hydrokele wird von Volkmann in folgender Weise ausgeführt: Es wird die ganze Gegend, welche bestimmt ist, vom Verbande ausgeschlossen zu werden, also die Unterbauchgegend, Genitalien, Damm- und After-Gegend nebst dem oberen Dritttheile der Oberschenkel mit Bürste und Seife energisch gereinigt, dann rasirt und mit dreiprocentiger Karbollösung nochmals gewaschen. Dann wird mittelst Spray die Haut der gespannten Geschwulst wo möglich bis zur oberen Gränze der Hydrokele (3—4 Zoll weit) inzidirt und schichtweise bis auf die Tunica vaginalis vorgedrungen. Ist diese eröffnet, so geht man noch während des Abfliessens des Inhaltes mit zwei Fingern der linken Hand in das Loch ein und spaltet mit der Scheere, so dass die Inzisionsöffnungen der einzelnen Schichten vollkommen mit einander übereinstimmen. Jetzt wird die Blutung durch Unterbindung mit Katgut gestillt, die Wunde und die Höhle der Tunica vaginalis mit dreiprocentiger Karbollösung ausgewaschen und die Wunde vernäht. Die Naht, welche die Wunde umsäumt, indem sie die Wundränder der Haut mit denen der Tunica vaginalis vereinigt, wird mit Katgut angelegt. Um die Lage des Hodens in der Scheidenhaut zu sichern, werden einige weitgreifende Nähte aus Seide angelegt, welche die Ränder der weit klaffenden Wunde bis auf einen schmalen

eifen einander nähern. Drains, die in einen Fällen nur bis zur freiliegenden Oberhe des Hodens reichen, sichern den Sekretnss. Schliesslich wird der antiseptische band angelegt, der schwierigere Theil des gen Verfahrens nach Genzmer's Mein-. Man lässt dabei den Kranken mit dem nze und den Oberschenkeln hohl liegen, auf der Volkmann'schen Beckenstütze ruhend, dann wird das Skrotum und seine hste Nachbarschaft reichlich mit zusammenallter Karbolgaze belegt, der Penis mit izylwatte ringförmig umgeben, darüber mt ein grosser Verband aus der üblichen ltfachen Lage von Gaze, etwa einen halben ter im Gevierte gross, mit einem Schlitz den Penis. Dieser Verband wird durch chte (gestärkte) Gazebinden überall genau edrückt, nachdem man ihn noch nach Bef mit antiseptischer Watte verstärkt hat. sonders ist auf exakte Kompression am mme und in den Femoro-Skrotalfalten zu ten. Die Umsäumung der Wundränder rd mit Katgut statt mit Seide gemacht, il die Einstülpung der Wundränder das rausnehmen der Nähte sehr erschwert. e Vereinigung der Wundspalte durch einige turen beschleunigt die vollständige Heilung sentlich. — In keinem der von Volkann operirten Fälle entstand eine Phlegone scroti oder eine Eitersenkung. Beim sten Verbandwechsel (nach 3—4 Tagen) rden die Drains und die Seidennähte entnt; am sechsten oder siebenten Tage war e Wunde in der Regel bis auf einen schman Granulationsstreifen verheilt und es wurde r noch ein mit Benzoëwatte ausgepolstertes spensorium als Verband angelegt. — Bei r Mehrzahl der Kranken wurde im Laufe r zweiten Woche eine vermehrte Druckpfindlichkeit des Hodens und Nebenhodens obachtet, die häufig bald schwand, doch in elen Fällen auch längere Zeit hindurch anelt; auch entwickelte sich gelegentlich, wenn e Kranken sich in der zweiten Woche nach r Operation nicht mehr schonten, eine anifeste Orchitis, die sich nach acht bis erzehn Tagen ohne weitere Folge wieder rlor. — In der Regel stellte sich nach dem ydrokelenschnitt ein mässiges Wundfieber n, doch kam es auch zu höheren Temperaren, besonders bei kleinen Störungen im undverlaufe: Hautnekrosen, Sekretverhaltngen u. s. w. Die Operation mit dem kurzen chnitte, wie sie Reyher und Trendelenurg üben, hält Genzmer nicht für so verlässlich, wie den langen Schnitt; auch war der einzige Fall mit Recidive, der beobachtet wurde, zugleich der einzige Fall, den Volkmann mit kleinem Schnitte operirt hatte. Verfasser hält auch dafür, dass die Inzision unter allen Umständen den Vorzug vor der Jodinjektion habe, doch scheint ihm über die letztere keine eigene Erfahrung zu Gebote zu stehen; den einen von ihm angeführten Vorzug der Schnittoperation: die grössere Sicherheit in der Diagnose, muss man auf alle Fälle gelten lassen. —

Im „Centralblatte für Chirurgie", 1878, Nr. 17, erörtert Dr. J. A. Korteweg, Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu Leiden, die Entwicklung des sogenannten Tumor albus. Dessen erste Symptome sind immer funktioneller Art, nämlich Hinken und geringe Schmerzhaftigkeit. Bald darnach findet man bei der Inspektion eine pastöse Schwellung der ganzen Umgebung des Gelenkes, die sich sowohl klinisch wie anatomisch als eine diffuse Bindegewebsneubildung in den das Gelenk umgebenden Weichtheilen, hauptsächlich als solche des periartikulären Bindegewebes, erweist. Ruhe und Kompression sind alsdann noch meist im Stande, in ziemlich kurzer Zeit dem Gelenke seine normale Form wieder zu geben. An den Epiphysen kann man jetzt fast immer schmerzhafte, meistens ziemlich umschriebene Stellen nachweisen, welche vorher durch die Schwellung der Weichtheile mehr oder minder verborgen geblieben waren. Wird aber das Gelenk von Neuem in Gebrauch genommen, so findet man auch bald wieder, dass die Auftreibung zurückkehrt. Erfolgt keine Genesung und wird frühzeitig resezirt, so findet man 1) die Synovialis und das perisynoviale Gewebe fungös aufgetrieben, 2) wenige, leicht getrübte Synovialflüssigkeit, 3) den Knorpel leicht getrübt und meistens gelockert, 4) oft Knochenerkrankungen und zwar entweder eine diffuse rothe Erweichung oder käsige Herdnekrosen, zuweilen auch mit Fungositäten erfüllte Höhlen. — Resecirte man nicht während des oben beschriebenen Krankheitsstadiums, also möglichst frühe, so werden später die pathologisch-anatomischen Veränderungen meistens zu ausgebreitet, um noch eine Erklärung ihres Ausgangspunktes zu ermöglichen. — In der chirurgischen Klinik zu Leiden war Verfasser in der Lage, einen derartigen Verlauf in mehr als 100 Fällen zu beobachten. Die

Bearbeitung dieses Materiales sowie die genaue Durchforschung der Amputations- und Resektions-Präparate, welche ihm durch Vermittelung des Prof. Polano zur Verfügung standen, brachten den Verfasser zu der Schlussfolgerung, dass der Tumor albus immer eine primäre Knochenerkrankung ist. Seine Gründe hierfür fasst er folgendermassen zusammen: In der Annahme einer primären Knochenerkrankung findet man eine rationelle Erklärung aller obengenannten Symptome. Bei den gleichwerthigen Knochenerkrankungen anderer spongiöser Skeletabschnitte, z. B. der Tarsalknochen, findet man im Anfange die gleichen funktionellen Störungen, später eben dieselbe Auftreibung der Weichtheile und noch später eben dieselben umschriebenen Nekrosen und Fistelbildung. Kann man sich wundern, dass eben dieselben Ursachen, die das periartikuläre und das perisynoviale Bindegewebe fungös entarten lassen, auch das ganz unter denselben Einflüssen sich befindende Bindegewebe der Synovialis selbst verändern? — Gewiss nicht! — Dass man nicht immer solche Knochenerkrankungen findet, kann uns ebensowenig überraschen. Der centrale Knochenherd kann sich oberhalb der Sägefläche befinden, so dass er bei der Resektion nicht zum Vorscheine kommt. In einem solchen Falle von Ellenbogen-Resektion wurde z. B. nachher eine weitere Resektion des Oberarmknochens nothwendig; gerade über der ersten Sägefläche kam alsdann ein centraler, in der Längenachse des Oberarmes liegender haselnussgrosser Sequester zum Vorscheine. Sehr oft wurde die Herderkrankung erst gefunden nach Durchsägung der resezirten Knochenstücke, indem der Herd bei einer oberflächlichen Betrachtung gar nicht aufzufinden war. — Bei der Annahme einer immer primären Knochenerkrankung entgeht man den folgenden Schwierigkeiten, über welche man nach Korteweg bei der Annahme einer primären Synovialerkrankung nicht hinwegkommt: 1) Zwei klinisch vollkommen identische Krankheiten sollten anatomisch als ganz verschiedene zu betrachten sein. 2) Die Reizung, welche die Synovialis erfährt, sollte sich ungemein frühe und schnell auf die nach aussen von ihr gelegenen periartikulären Bindegewebslagen fortsetzen und an ihnen einen ähnlichen, sehr diffusen Neubildungsprozess hervorrufen, der zwar anfangs die Bedeutung einer relativen Wucherung hat, indess eine solche Ausbreitung und Selbstständigkeit erlangen kann, dass die Vorgänge ausserhalb des Gelenkes ganz in den Vordergrund tret so dass der Hauptsitz der Wucherung imm das formlose, das Kapselband nach aus umgebende, Bänder, Muskeln und Seh einhüllende Bindegewebe ist (Volkman 3) Die Reize bei der granulationenbilden Synovitis sollten von vornherein entwe auf eine für chronisch hyperplasirende P zesse sehr disponirte Synovialhaut oder einer Intensität einwirken, welche zu bed tend ist, um einen Hydrops oder eine Sy vitis laevis zu bewirken, und doch ande seits wieder zu unbeträchtlich, um eine S puration hervorzurufen (Hüter). 4) Glaubensbekenntniss, dass bei einer unzwe haft primären Gelenkentzündung die Synov und die Chondritis so unbeträchtlich können, dass bei Kranken, die Jahre l wegen der Empfindlichkeit der Tibia Geh-Akt nicht ausführen konnten, bei Resektion nicht nur keine Eiterung, sond sogar nur eine mässige Granulationswuch ung auf der Synovialis gefunden wurde (H ter). 5) Die Erklärung der Thatsache, d fast jede spontane Genesung von Tumor al ohne Anchylosis zu Stande kommt und Beweglichkeit meist fast normal bleibt. –

„Haben wir die seelischen Phä mene beim Neugeborenen für Reflex vorgänge zu erklären?“ Diese Fra beantwortet Dr. L. Besser in Pützschen b Bonn im Archiv f. Psychiatr. u. Nervenkr VIII. 2, p. 460, 1878, und entnehmen w seiner Arbeit Folgendes: Von der Erklär ausgehend, dass trotz aller Arbeit in d Psychiatrie doch gerade in der Psychol seit Langem ein Stillstand eingetreten, da überhaupt in der Psychologie Alles no streitig sei, kommt derselbe mit Carl Görin zu dem Schlusse, dass es vor Allem nöth sei, das einmal Gelernte zu vergessen. Ein reinere Bahn könne aber die Philosophi nicht schaffen. Er fragt sich, ob dies v ärztlicher Seite aus geschehen könne, u knüpft an die Untersuchungen von Profes Adolf Kussmaul an „über das Seelen leben des neugeborenen Menschen“. Gege die Richtigkeit der Beobachtungen ist ei Einsprache nicht erhoben worden, wohl ab sind die Folgerungen Kussmaul's zu be streiten, dass das Neugeborene Intelligen besitze, dass es zu empfinden, vorzustelle zu denken und zu begehren vermöge un dass es mit einem in gewissem Grade ausge

bildeten Sensorium ausgerüstet sei. Kussmaul äussert an einer anderen Stelle: „Man kann nicht daran zweifeln, der Mensch kommt mit einer, wenn auch dunklen, Vorstellung eines äusseren Etwas, mit einer gewissen Raum-Anschauung, mit dem Vermögen, gewisse Tastempfindungen zu lokalisiren, und mit einer gewissen Herrschaft über seine Bewegungen zur Welt". Bei Beurtheilung dieser seelischen Phänomene des Neugeborenen kommt es zuerst darauf an, zu prüfen, wie dieselben entstanden sind. Es ist dies ebenso, wie mit Kant's Kategorieen von Raum und Zeit, den uns angeborenen Anschauungsformen: so lange nicht nachgewiesen ist, wie diese, welche nach Kant aus uns kommen, in uns entstanden sind, so lange kann die Naturforschung diese Anschauungsformen nicht als giltig acceptiren. — Sind nun aber die seelischen Phänomene bei dem Neugeborenen Reflexvorgänge? Es fragt sich, welche Erscheinungen im Verhalten desselben seelische zu nennen sind? Empfindet das Kind, d. h. kennt es den Gegenstand, der eine Empfindung erweckt, und ist es sich des Empfindungs-Vorganges bewusst? Kussmaul erklärt die Erscheinung, dass das Neugeborene die Mutterbrust sucht, dahin, dass diese auffallende Erscheinung nur unter der Voraussetzung begriffen werden könne, dass das Neugeborene bereits eine dunkle Vorstellung eines äusseren Etwas habe, welches ihm den Hunger stillen könne und durch den Mund zukommen müsse. Wäre aber diese Annahme richtig und hätte das Kind eine Vorstellung von der Mutterbrust, so würde es nicht mit gleicher Gier an dem vorgehaltenen Finger saugen, nicht warmes Wasser anstatt der Milch mit der gleichen Gier trinken und dies sogar wiederholt thun. Was bereits Locke aussprach, dass im Gebahren eines Neugeborenen auch nicht die Spur einer Vorstellung zu erkennen sei, ist nur zu bestätigen. Beachtet man ferner die ersten Bewegungen eines solchen Wesens: sie scheinen zwecklos, haben kein Ziel, sind wie ungeordnet. Sie sind aber in continuo mit den fötalen Bewegungen, hier durch die Uteruswände begränzt, dort durch Skelet, die Art der Gelenke und Leistungsfähigkeit der Motoren bestimmt. Sicher aber ist den fötalen Bewegungen kein seelisches Motiv unterzulegen. Die ersten dieser — fötalen — Bewegungen beginnen mit der Bildung bestimmter Bewegungsorgane, wie bei dem bebrüteten Hühnchen mit der fortschreitenden Entwicklung der motorischen Nerven die Bein-Bewegung eintritt. Aehnlich verhält es sich mit dem Schrei, den das Neugeborene hören lässt, sobald es in die Atmosphäre eintritt. Eine Summe neuer Organ-Thätigkeiten beginnt und das Kind schreit: das Zwerchfell plattet sich ab, die Luft strömt in die Lungen und die Stimmbänder erzeugen einen Ton. Warum da das seelische Motiv annehmen, dass das Neugeborene über seine eigene Hilfslosigkeit klage? — Wo immer von sogenannten seelischen Phänomenen im Neugeborenen die Rede ist, wird eine eingehendere vorurtheilsfreie Untersuchung zeigen, dass man es mit Reflexen zu thun hat. Nichts hat hier die Unbefangenheit der Beobachtung mehr gestört als das Saugvermögen des Neugeborenen. Abgesehen von dem Umstande, dass der Fötus Amnioswasser schlürft und schon bei der Geburt eine Reihe von Bewegungen sich vollzogen, welche im Saugen nur ihre Wiederholung finden, ist nichts, was uns annehmen lassen könnte, das Kind wisse, dass es Nahrung wolle, wo es sie suchen solle und wozu es sie wolle. Ebenso ist auch das nach dem Lichte Blicken des Neugeborenen, das ganz zuverlässig bereits in den ersten 24 Lebensstunden vorkommt, als ein Reflexvorgang aufzufassen. Denn es berechtigt uns nichts zu der Annahme, dass eine essentielle, autonome, von Reflex unabhängige, physiologisch nicht vorstellbare seelische Empfindungsqualität dabei interkurrirt. Ein motorischen Apparaten vorstehendes Centrum, welches die Kopfdrehung auslöst, hat schon vor der Geburt funktionirt und reagirt hier oder reflektirt auf einen vom benachbarten sogenannten animalischen Reflexcentrum kommenden Reiz, den Lichtstrahl. Das Neugeborene empfindet in unserem Sinne nicht, es hat kein Gefühl wie wir, es vermag nicht, sich etwas vorzustellen. Was wir Empfindung und Vorstellung nennen, entsteht und wächst langsam erst in der Zeit von Jahren. Die angeblichen Kategorieen von Raum und Zeit bringt kein Mensch mit zur Welt. Besser schliesst mit der Forderung, dass die Irrenärzte aufhören sollen, einer Methode der Beobachtung zu folgen, welche den genetischen Charakter verläugnet; sie sollen nicht von Seelenkräften und Seele reden, angeblichen Dingen, die wir nur dem trügerischsten Vorgange, dem unseres absolut unwissenschaftlichen Selbstbewusstseins, entnehmen. —

Die häufige Erfahrung, dass eine jede Be-

handlungsmethode des Ascites in Folge von Lebercirrhose, mag sie in Darreichung von alterirenden, drastischen, diuretischen oder tonischen Mitteln oder in Entziehung von flüssiger Nahrung etc. bestehen, zunächst und bis zu einem gewissen Grade von Erfolg begleitet zu sein pflegt, legt die Annahme nahe, dass hierbei der im Anfange vorhandenen straffen Spannung der Bauchwandung ein grosser Theil dieser Wirkung zuzuschreiben ist. Diese Wirkung glaubt Mackenzie, Assistenzarzt des Londoner Spitals, dahin erklären zu müssen, dass der im Inneren der Bauchhöhle waltende Druck das durch die Leberverdichtung geschaffene Cirkulationshinderniss dadurch ausgleiche, dass sich die kollateralen Gefässbahnen des Pfortadersystems eröffneten. Es sind dies die Anastomosen der Pfortader-Verzweigungen mit Aesten der oberen und unteren Hohlvene, die Gefässe des in der Leber neugebildeten Bindegewebes und der Adhäsionen dieses Organes mit den Nachbargebilden. Hört der Druck durch die nach Schwinden eines Theiles der angesammelten Flüssigkeit eintretende Erschlaffung der Bauchdecken auf, so fehlt damit das die Resorption begünstigende Moment und der Krankheitszustand bleibt trotz Anwendung anderer Behandlungsmethoden in gewissem Grade bestehen. Diese Beobachtung brachte Mackenzie auf die Idee, den natürlichen Prozess nachzuahmen und einen andauernden Druck auf das Abdomen zur Unterstützung der Resorption auszuüben. Er bewerkstelligte dies durch Anlegen zunächst von Flanellbinden, später von elastischen Leibbinden, die sich durch Riemen ausserordentlich fest anlegen lassen. Die im Anfange dadurch verursachten Beschwerden schwanden sehr bald und nach einigen Monaten konnten die Pat. als frei von allen Krankheitserscheinungen entlassen werden. Der erste der in solcher Weise behandelten Fälle befindet sich schon seit drei Jahren in regelmässiger Kontrole, ohne dass die Krankheit bis jetzt recidivirt hätte. Ein anderer gleichfalls ausführlich berichteter Fall ist sogar lediglich durch diese mechanische Behandlung, ohne Anwendung irgend welcher Arzneimittel geheilt worden; desgleichen waren auch andere Fälle von guten Resultaten begleitet. Nach Ansicht des Verfassers ist trotz der abnormen Beschaffenheit der Leber in Folge der Cirrhose die Heilung als vollständig anzusehen, da die Funktion der Hälfte dieses Organes völlig zu Erfüllung der nöthigen Lebensbedingungen ausreicht und die sekundäre Schädlichkeit, die mechanische Behinderung der Blutzirkulation in der Leber dadurch beseitigt wird, dass das Blut in andere Bahnen geleitet wird, ohne für den Körper verloren zu gehen. Die Ausscheidung der bereits angesammelten Flüssigkeit geschieht durch die Nieren, deren normale Funktion also zur Vornahme der mechanischen Behandlung des Ascites unerlässlich ist. Ueberhaupt sei hier noch betont, dass die erwähnte Behandlung nur bei dem als Folge von Lebercirrhose aufgetretenen Ascites und bei ganz intaktem Zustande der Nieren Aussicht auf günstigen Erfolg gewährt. (British medical Journal, 1878, April 20.) –

In der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien sprach am 24. Mai d. J. Dr. J. Weiss „über die Wucherungen der Wände der Gehirnventrikel". Die von ihm angestellten Untersuchungen zeigten zunächst, dass das Epitel der Gehirnventrikel nicht bloss bei Thierhirnen, sondern auch beim Gehirne des Menschen und nicht bloss im frischen Zustande, sondern selbst nach vielen Tagen als Flimmerepitel deutlich nachzuweisen ist, wenn das Präparat in Chromsäure gelegen hat. Die Epitelzellen zeigten stets eine ganz bestimmte Form, die Becherform, und trugen an ihrem dem Ventrikel zugekehrten Saume die Cilien. Nur bezüglich der verschiedenen Standorte in den Ventrikeln schien ein regelmässiger Unterschied in der Höhe der Epitelzellen vorzukommen; jene des 4. Ventrikels schienen viel höher zu sein als die der Seitenventrikel. Was das Ependym betrifft, so zeigte dasselbe an Schnittpräparaten eine intensiver gefärbte Schichte unter den Epitelien, die nach unten gegen die Nervensubstanz durch horizontal verlaufende Gefässe abgegränzt war; im Ependym selbst verliefen niemals Gefässe. — Die Wucherungsprozesse nun, welche an den Wänden der Gehirnventrikel auftreten, stehen in keinem Zusammenhange mit dem Hydrokephalus oder mit Vorgängen, welche mit diesem einhergehen; man findet bedeutende Wucherungen ohne Vermehrung der Ventrikel-Flüssigkeit, und umgekehrt. Die Exkrescenzen selbst bestehen aus demselben Gewebe, aus welchem sich das Ependym zusammensetzt. Gefässe werden in denselben nach Rindfleisch niemals gefunden. — Dem Vortragenden boten sie bei seinen mikroskopischen Untersuchungen folgendes Bild: In einem frühen Stadium folgte

auf die Epitelschichte eine dichte Reihe von Rundzellen von oft bedeutender Grösse; weiter nach Abwärts sah man von diesen Rundzellen Fortsätze ausgehen; allmählig hörte die runde Form auf und in späteren Stadien sah man endlich diese Gebilde in deutliche langgestreckte Bindegewebszellen übergehen und ein maschiges Gerüste bilden, welches immer dichter wurde, so dass sie endlich einen Streifen von wirklichem Bindegewebe mit eingestreuten länglichen Kernen darstellten. Ferner zeigte sich fast in allen Präparaten, dass sich mitten in der Wucherung von der Oberfläche herrührende Epitelzellen finden. Was nun den Weg anlangt, auf welchem diese Epitelzellen von der Oberfläche in die Tiefe gelangen, so nimmt Weiss an, dass sich das Epitel von der Oberfläche nach Innen einrollt oder umschlägt, indem zwei Exkrescenzen zusammenwachsen und daher das Epitel, welches früher an der Oberfläche war, nunmehr im Inneren der Exkrescenz sich befindet. Während man nun in Folge des Zusammenwachsens zweier Exkrescenzen das Epitel im Inneren derselben in Doppelreihen stehen sieht, findet man noch andere rundliche oder längliche zellige Elemente, welche den Verlauf eines Gefässes nachahmen an Stellen, wo gar keine Gefässe sind. Man muss annehmen, man sieht sie mit den Gefässen und um dieselben herum verlaufen und muss annehmen, dass sie vielleicht Lymphgänge erfüllen. Die Gefässe sind oft von einem breiten Ringe solcher zelliger Elemente eingeschlossen. Das sind Deiter'sche Elemente, welche in Wucherung gerathen sind. — Schliesslich bemerkt Weiss, dass die Wucherungen selbst nicht, wie Rindfleisch meint, gefässlos sind, sondern dass sich neugebildete Gefässe bis knapp unter die Oberfläche solcher Exkrescenzen erstrecken. (Wien. med. Wochenschr. 1878 Nr. 22.) —

Dr. J. Amédée Doleris machte anatomisch-histologische Untersuchungen über die verschiedenen Formen der Kehlkopftuberkulose und über deren Natur. Der Arbeit vorangestellt ist ein geschichtlicher Ueberblick über deutsche und französische Ansichten hinsichtlich des Tuberkels und der tuberkulösen Infiltration überhaupt sowie speziell im Hinblicke auf die Erkrankung des Kehlkopfes. Darauf folgt eine makroskopisch-anatomische Schilderung der Larynxtuberkulose, die etwas Neues nicht enthält. Es werden die allgemeine papillöse Schleimhautschwellung, deren Kolorit, Vaskularisation und Form, die Granulationen, die Erosionen und Ulzerationen beschrieben. Hinsichtlich des beobachteten sog. Oedems im Kehlkopfe, ohne dass Geschwüre vorhanden sind, stimmen Verfasser und Isambert überein, dass die Schwellung meist keine ödematöse ist, sondern auf Infiltration des Gewebes beruht, die bald hart, bald weich ist, nie aber das gelatinöse, halbtransparente Aussehen des Oedems besitzt, sich fest und knirschend schneidet. Nach diesem Abschnitte folgen histologische Untersuchungen und pathologische Auseinandersetzungen unter Mittheilung verschiedener Krankheitsgeschichten. — Gestützt auf seine Forschungen nimmt Verf. an, dass die Kehlkopftuberkulose unter folgenden vier Formen auftritt: 1) Diffuse Form: Zellbildungen in den Drüsen, Blutgefässwänden und besonders in dem interstitiellen Gewebe der Schleimhaut. Sie veranlasst Schwellung der Schleimhaut und in vielen Fällen ist sie der Ausgangspunkt der Glottisstenosen; sie kann eine gewisse Zeit ohne Verschlimmerung bestehen; Resorption tritt aber nicht ein. 2) Die infiltrirte Form (analog der vorhergehenden, aber mit einer offenbaren Neigung zur Bildung von Herden). Sie sitzt hauptsächlich um die Gefässe herum, im Inneren der Drüsen und des Ausführungsganges derselben ebensowohl wie ausserhalb derselben. Sie ähnelt der Granulation, ohne wie diese so genau abgegränzt zu sein; sie geht in Verkäsung über und verursacht tiefe Schleimhautulzerationen. 3) Die circumscripte Form (Miliargranulation); die Knötchen sitzen tief oder oberflächlich. Erstere — die tiefen — sitzen im interstitiellen Gewebe, haben eine verschiedene Grösse und veranlassen beinahe niemals Geschwüre. Letztere verschwinden sehr schnell und lassen auf der Oberfläche der Schleimhaut leichte Ulzerationen (Erosionen) zurück, welche sich unter einander verbinden und meistentheils unregelmässige Plaques mit deutlichen Rändern und gelblichem Grunde bilden. 4) Die Form diffuser Bindegewebssklerose, seltener als die vorhergehenden Formen, folgt der ersten Form, kann neben anderen bestehen und ausserdem Veranlassung zu ihrer Entstehung geben. Sie führt mit der Zeit zur Kehlkopfstenose. — Bei diesen vier Formen von Tuberkulose ist die Gefässobliteration ein konstanter Befund, findet sich aber nur vollkommen und allgemein in den durch

Granulation oder Infiltration bedingten Formen. In keinem Falle werden Gefässneubildungen beobachtet. Die ebengenannten Thatsachen beziehen sich auf jede tuberkulöse Entwicklung, mag sie in einem Gewebe oder einem Organe sein, in welchem sie wolle. Der akute Verlauf der Affektion oder der konstitutionelle Zustand des Patienten können allein das Ueberwiegen der einen oder anderen Form erklären. — Der Tuberkel beginnt mit einer embryonären Zellbildung, welche zur Nekrobiose und zum schnellen Ergriffenwerden der Gefässe neigt. Je nach dem Grade der zirkulatorischen Störung geschieht die Destruktion mehr oder weniger rasch. Unter gewissen Bedingungen relativer Vitalität und theilweiser Erhaltung des Kreislaufes vollzieht sich eine fibröse Neubildung der zelligen Elemente. Es wird eine umschriebene (fibröser Tuberkel) oder diffuse Sklerose (skleröse Laryngitis, interstitielle Pneumonie) erzeugt. — Die Lösung ist nie vollkommen und kann sich nur unter fettiger Entartung der Elemente und deren langsamer Resorption vollziehen. — Die Laryngitis der Tuberkulösen, mag sie mit oder ohne Geschwüre einhergehen, tritt immer unter einer der genannten Formen auf. Unter jenem Namen gibt es bei Tuberkulösen keine Laryngitis, die nicht abhängig von der Diathese wäre. Selbst eine vorübergehende und mässig akut verlaufende Laryngitis hat bei Tuberkulösen immer spezielle Charaktere, welche die Annahme einer einfachen Entzündung nicht gestatten. Der von Manchen gemachte Unterschied zwischen tuberkulöser Laryngitis und Laryngitis bei Tuberkulösen ist nach den Untersuchungen des Verfassers also ganz unstatthaft. Das sogenannte Glottisödem ist bei der Kehlkopftuberkulose sehr selten. Die häufigste Ursache der Stenose ist eine plastische Infiltration der schlaffen Gewebe durch Ablagerung massenhafter tuberkulöser Elemente oder ein langsames aber unaufhörliches Fortschreiten der Laryngealsklerose. (Arch. de Phys., 2. Sér. IV p. 849 ff.) —

Dr. Bonamy, supplirender Arzt an den Spitälern von Nantes, theilt (im Bull. de Therapie, XCII p. 251) sieben Fälle von chronischer Diarrhoe mit, welche er — aufmerksam gemacht durch die von Gubler erzielten Erfolge — mit Zinkoxyd behandelt hat. Die Diarrhoe dauerte in der Mehrzahl der Fälle schon mehrere Monate, kennzeichnete sich sowohl durch die Masse als namentlich durch die Häufigkeit der Ausleerungen. Letztere selbst waren sero-biliöser Natur und in ihnen Epiteliumreste suspendirt; sie hatten nicht das Aussehen dysenterischer Stühle; war in ihnen ausnahmsweise Blut enthalten, so zeigte sich dieses nur in Form von Blutstreifen oder kleinen Gerinnseln. Die dabei vorhandenen Kolikschmerzen waren mässig und nicht in der Gegend des Dickdarmes lokalisirt. Die Kranken selbst erschienen bei längerer Dauer der Diarrhoe sehr abgemagert, die Haut war trocken und runzelig, die Zunge glatt und roth, die Mundhöhle gleichmässig roth, bisweilen mit Geschwüren besetzt. Einzelne Kranke zeigten Abends leichte Fieberbewegungen. Die sieben Fälle Bonamy's betrafen sechs Männer, meist in vorgerückten Jahren, unter ihnen einen Potator sowie ein mit Aorten-Insufficienz behaftetes Individuum und eine Frau; in allen Fällen genügten vier Dosen Zinkoxyd von 3.5 Grm. mit je 0.5 Grm. Natr. bicarb., um die Diarrhoe dauernd zu beseitigen. Nur bei der Frau, welche schwanger war, musste, nachdem sie von einem todten Kinde entbunden und die Diarrhoe sofort wieder aufgetreten war, die angegebene Dosis einige Male wiederholt werden, womit dann aber auch in diesem Falle die Diarrhoe dauernd beseitigt war. — Dem Zusatze von Natr. bicarb. glaubt es Bonamy verdanken zu müssen, dass bei keinem der Kranken Erbrechen auf das Einnehmen des Zinkoxydes beobachtet wurde. —

Prof. W. Leube untersuchte den Harn von 119 gesunden Soldaten und fand geringe Mengen von Eiweiss, im Morgen-Urine zu 4 pCt. und im Mittagsurine nach vorhergegangenen stärkeren Körperanstrengungen zu 12 pCt. Daraus schliesst er, „dass zwar in weitaus der Mehrzahl der Fälle der Urin des Gesunden eiweissfrei ist, in seltneren Fällen aber, bei sonst völlig normalem Verhalten des Körpers, eine ganz geringgradige aber unzweifelhafte Albuminurie auftritt, welche verhältnissmässig häufig sich einstellt, wenn körperliche Anstrengungen der Urinabscheidung vorangingen". (Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. XXII. 1878.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

o. 26. *Erlangen*, am 29. Juni 1878.

öchentlich Bogen von Quartseiten., is jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

alt. Beziehung zwischen Haut- und Nierenthätigkeit. Zur Laryngotomie. Chrysophansäure und Goapulver gegen Psoriasis vulgaris, Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor. Verfahren beim Kaiserschnitt. Ueber syphilitische Lungenentzündung. Die Thorakokentese bei Behandlung der Pleuritis. Ueber Hyperämie des Knochenmarkes. Zur Pathologie der Dysmenorrhoe. Resultate aus Untersuchungen über die Erregbarkeit durchschnittenen Rückenmarkes von Thieren. Häufigkeit der Tuberkulose in der Schilddrüse.

Die innige Beziehung der Haut- ıd Nieren-Thätigkeit zu einander , abgesehen von der alltäglichen Erfahrung, ıss eine starke Diaphorese die Harnausheidung spärlich macht und umgekehrt, in ın letzten Jahren durch das Experiment ar gelegt worden, insoferne der Beweis geıfert wurde, dass mit der Steigerung der chweisssekretion die Ausscheidung des Harnoffs in der Niere entsprechend fällt und eiterhin, dass die Grösse der Abscheidung ın Harnwasser von dem Blutreichthume der aut abhängig ist, speziell die Einwirkung ın Kälte auf die Haut die Harnsekretion eigert, Wärme dagegen dieselbe herabdrückt. ı klinischer Beziehung sind Anhaltspunkte ı grosser Menge vorhanden, welche auf den ntagonismus zwischen Nieren und Haut euten, und erinnert Prof. Dr. Leube nur n die Albuminurie bei Scharlach, Pocken, rysipelas und Masern wie an die klinisch ıstehende Thatsache der Entstehung von ephritis nach starken Erkältungen der Hautecken; ferner an die augenscheinliche Präalenz des Hydrops der Haut gegenüber dem nderer Organe bei Nierenkranken, endlich n die ausgezeichnete Wirkung der Diaphorese ei den letztangeführten Patienten. Allein lle diese klinischen Daten sind nach Leube icht eindeutig. Abgesehen von den Beobchtungen über die Wirksamkeit der Diaphoese bei Nierenkranken, die als therapeutische rfahrungen schon an und für sich der für chlussfolgerungen genügenden Objektivität ntbehren, kann bei den oben genannten akuten Erkrankungen der Haut dem damit einhergehenden Fieber ein grosser Theil der Schuld an der Entstehung der Albuminurie zugeschoben werden. Auch sprechen Thatsachen dafür, dass bei jenen akuten Exanthemen die Haut- und die Nieren-Veränderung nicht in direkter mechanischer Beziehung zu einander stehen, sondern der Ausdruck einer und derselben inneren Krankheitsursache sein dürften. Ebenso ist für einen Theil der Fälle von prävalirendem Hydrops anasarca bei Nierenkranken, speziell nach Scharlach, durch die kürzlich veröffentlichten Versuchsergebnisse von Cohnheim und Lichtheim wahrscheinlich geworden, dass bei ihnen der Hydrops durch eine in Folge der Hautentzündung zu Stande gekommene Alteration der Hautgefässe erzeugt wird. — Trotz alle dem hält aber Leube dennoch für einen Theil der oben genannten klinischen Thatsachen, so besonders für das Entstehen von Nephritis nach heftigen Erkältungen, für das Auftreten der Albuminurie bei Scharlach und Pocken ohne bedeutenderes Fieber — die Herbeiziehung der experimentell erwiesenen Reciprocität der Haut- und Nieren-Thätigkeit als natürlichsten Erklärungsversuch für berechtigt. „Was die Verhältnisse der Urinabscheidung bei Hautkrankheiten im engeren Sinne betrifft“, sagt er, „so liegen eingehendere Untersuchungen darüber nicht vor. Uebrigens ist von denselben auch von vornherein wenig zu erwarten, wenn nicht grosse Hautbezirke zu gleicher Zeit erkrankt sind. Werden kleine Hautflächen befallen, so ist

eine Ausgleichung der dadurch bedingten Störungen in der Sekretion durch die von der Erkrankung freibleibenden Hautpartieen selbstverständlich leicht möglich. Anders, wenn die ganze Körperoberfläche von der Hauterkrankung ergriffen wird und die letztere plötzlich auftritt, wenn mit einem Male die Sekretions- und Cirkulations-Verhältnisse in der Haut auf grosse Strecken sich ändern; unter solchen Umständen wird eine Rückwirkung auf die Thätigkeit der Nieren eher erwartet werden können. Von diesem Standpunkte aus ist denn auch die Albuminurie bei Masern, Variola, Erysipelas und Scharlach gewiss bemerkenswerth, obwohl, wie schon oben angedeutet, dieselbe dadurch an Werth in dem bemerkten Sinne verliert, dass mit allen diesen Exanthemen hohes Fieber verbunden ist, welches an und für sich im Stande ist, Eiweiss im Harne erscheinen zu lassen. Es ist daher interessant und mittheilenswerth, dass Leube kurz nach einander zwei Fälle von Urticaria zur Beobachtung bekam, welche mit vorübergehender Albuminurie verliefen und von welchen der eine gar nicht und der andere nur in unbedeutendem Grade Fieber zeigte; der zweite Fall erscheint besonders desshalb beachtenswerth, weil bei ihm jede sonstige Komplikation fehlte und kein Arzneimittel zur Verwendung kam, welches man allenfalls für die Entstehung der Albuminurie hätte verantwortlich machen können. — „Bezüglich dieser Koincidenz von Urticaria mit Albuminurie", resumirt Leube, „wäre es gewiss verlockend, hierfür eine spezielle, möglichst plausible Erklärung aufzustellen und könnte eine solche nach verschiedenen Richtungen hin versucht werden. Es könnten z. B. durch die Urticaria-Eruption bedingte Aenderungen im Blutdrucke der Glomeruli angenommen werden in der Weise, dass die Hautaffektion die Ursache neurovasomotorischer Störungen und damit indirekt von Alterationen der Blutspannung in den Nierengefässen wäre, oder man könnte sich denken, dass bei den durch das Exanthem plötzlich veränderten Sekretionsverhältnissen der Haut momentan eine übermässige Arbeitslast den Nieren-Epitelien zufiele, und wäre die vorübergehende Albuminurie demnach als Ausdruck der Ermüdung der Epitelthätigkeit aufzufassen. Indessen scheint es mir dringend geboten, in diesem Punkte vor der Hand auf jede detaillirte Erklärung zu verzichten, so lange nicht unsere Anschauungen von den physiologischen Bedingungen der Ausscheidung von Eiweiss durch thierische Membranen im Allgemeinen und speziell in der Niere besser als gegenwärtig begründet und aufgeklärt sind, und muss ich mich daher auf die Eingangs meines Artikels gegebenen Andeutungen beschränken". (Allg. med. Central-Zeitung, 5. Juni 1878.) —

Die Thatsache, dass die Indikationen zur Laryngotomie zum Zwecke der Entfernung intralaryngealer Neubildungen von den verschiedensten Chirurgen und Laryngologen in ganz verschiedener Weise gestellt werden, veranlasste Dr. P. Bruns jun., eine sorgfältige Statistik aller bisher bekannten Exstirpationen von Larynxtumoren aufzustellen und auf Grund dieser Untersuchung die Indikationen zur Laryngotomie in exakter Weise zu fassen („Die Laryngotomie zur Entfernung intralaryngealer Neubildungen". Berlin, Hirschwald, 1878, 8°, 211 S.). Das Ergebniss dieser umfassenden Statistik ist folgendes: Es sind im Ganzen etwas über 1300 Fälle von Kehlkopfpolypen zur Veröffentlichung gelangt. Von diesen sind mehr als 1000 Fälle auf endolaryngealem Wege operirt worden; bei etwas über 100 Fällen ist die Laryngotomie gemacht worden. Im weiteren Verlaufe seiner Untersuchungen scheidet Bruns scharf die Laryngotomie mit Spaltung des Schildknorpels oder Thyreotomie und die partielle Laryngotomie mit Schonung des Schildknorpels, für welche beiden Operationen er ganz verschiedene Indikationen aufstellt. Sein Schlussresultat lautet: „Die Thyreotomie ist als eine technisch nicht schwierig auszuführende, mit sehr geringer Lebensgefahr verbundene Operation zu betrachten, welche jedoch in hohem Grade die Integrität des Stimmorganes gefährdet. Als Vorakt einer Geschwulstexstirpation aus dem Inneren des Kehlkopfes gewährt die Spaltung selbst der ganzen Höhe des Schildknorpels nur einen beschränkten Zugang und in Folge dessen bei sehr breitbasigen und multiplen Neubildungen keine sichere Garantie für das Gelingen einer glücklichen und gründlichen Entfernung sowie bei Neigung zu Recidiven keinen ausreichenden Schutz gegen die Wiederkehr der Geschwulst". Die Thyreotomie ist daher nur dann indizirt, wenn ein geübter Laryngoskopiker die Entfernung der Geschwulst auf natürlichem Wege für unmöglich erklärt oder besser vergeblich versucht hat. Ferner muss die Indikation zur Entfernung der Ge-

chwulst in Athembeschwerden und nicht loss in einer Stimmstörung bestehen und ie partielle Laryngotomie ohne Spaltung des childknorpels zur Entfernung der Neubild-ng unzulänglich sein. Eine fernere sehr esentliche Einschränkung der Indikationen ir die Thyreotomie ist, dass sich bei fast llen Fällen von malignen Tumoren die Thy-otomie als unzulänglich erwiesen hat und ass daher nach dem gegenwärtigen Stand er Frage bei Karzinomen an Stelle der aryngofissur sicher die Exstirpation des ehlkopfes zu setzen sei. — Einen etwas nderen Standpunkt nimmt Bruns den Pa-illomen bei Kindern gegenüber ein, indem r erklärt, „dass wohl die Mehrzahl der mul-plen Papillome bei Kindern unter zehn ahren zum Gebiete der Thyreotomie gehöre". och scheint dem Referenten nach den eige-en Auseinandersetzungen des Verf. diese usnahme nicht statuirbar zu sein, da jeden-alls wohl in jedem speziellen Falle die Un-öglichkeit der laryngoskopischen Methode och erst wird konstatirt werden müssen, he man sich zur Thyreotomie, deren Resul-ate nach des Verfassers Zusammenstellungen a gar nicht so verlockend sind, wird ent-chliessen dürfen. Die partielle Laryngotomie agegen, bestehend in der Trennung des Liga-entum crico-thyreoideum (Laryngotomie ach Vicq d'Azyr) oder in einer Spalt-ng dieses Bandes verbunden mit der Trenn-ng des Ringknorpels, eventuell auch Spalt-ng bis in den oberen Theil der Luftröhre Laryngotomie nach Boyer, Crico-Tracheo-omie) sei für die am freien Rande der Stimm-änder, unterhalb der Glottis und im Anfangs-eile der Luftröhre sitzenden Tumoren eine iel zu wenig geübte Exstirpationsmethode. ie sei der Thyreotomie stets vorzuziehen, o der durch sie geschaffene Zugang die Ex-irpation der Neubildung überhaupt ermög-che. Die Thyreotomie werde so wie vorhin urch die laryngoskopische Methode, so jetzt uch durch die partielle Laryngotomie mög-chst eingeschränkt, darin „gipfelt die Auf-abe" des Bruns'schen Buches. — Es er-brigt noch auf die grosse Anzahl von noch icht veröffentlichten Beobachtungen hinzu-eisen, welche sich in der Monographie ver-erthet finden. Bei den tabellarischen Zu-ammenstellungen finden wir 22 neue Fälle erücksichtigt; ausführlicher berichtet dagegen nd die Entfernung eines sehr voluminösen bchordalen Tumors und die Exstirpation ner ventrikulären Neubildung vom Munde aus durch den Verfasser. Ferner sind zu bemerken 4 Fälle von Thyreotomie, operirt von Bruns sen. und jun.; in dreien derselben handelte es sich um ausgedehnte multiple Papillome, im vierten um ein grosses subchordales Fibroid; bei allen vieren erfolgte keine Restitutio ad integrum. Nur bei Fall 1 und 4 finden wir notirt, dass Patient seine Stimme wieder einigermassen gebrauchen konnte. Bei Fall 3 war eine Wiederholung der Operation nothwendig; in der Folge trat Narbenstenose ein, die eine z. Z. noch unvollendete Dilatation mittelst Bougies erforderlich machte. — Unter den bei der Besprechung der partiellen Laryngotomie ausgezogenen 13 Fällen finden sich zwei Fälle von Bruns sen., welche gleichzeitig pathologische Seltenheiten ersten Ranges sind. Der erste Patient, 32 Jahre alt, will seit seinem 17 Jahre an Athembeschwerden leiden. Die laryngoskopische Untersuchung ergab einen das Lumen des unteren Kehlkopfraumes fast vollständig ausfüllenden Tumor, der von der rechten Seitenwand und einem Theile der hinteren Wand ausging und so in das Lumen der Luftröhre hineinragte, dass bloss an der linken Seitenwand eine an ihrer breitesten Stelle einige Millimeter breite sichelförmige Spalte offen blieb. Die Geschwulst erschien halbkugelig, gegen die Umgebung nicht scharf abgesetzt und von normaler Schleimhaut überzogen. Die Operation der Abtrennung der Geschwulst fand im Wesentlichen mit dem galvanokaustischen Messer Statt und gelang vollkommen. Der Erfolg war ein vollständiger: zwei Jahre später war nur eine kleine, wenig prominente Narbe zu entdecken. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Professor Schüppel, dass der Tumor ganz aus Schilddrüsengewebe bestand, welches schwach kolloid degenerirt war. Ob der Tumor in kontinuirlichem Zusammenhange mit der Schilddrüse stand oder ein von der ersten Anlage her aberrirtes Läppchen war, liess sich nicht entscheiden. Bruns neigt sich der letzteren Ansicht zu, da die übrige Schilddrüse nicht vergrössert war und keine Perforation der Wandung der Luftwege gefunden werden konnte. — In dem zweiten dem ersten sehr ähnlichen Falle fand sich bei einem 15jähr. Mädchen, welches an Athemnoth litt, ein Tumor, der etwa zwei Drittel der unteren Kehlkopfhöhle ausfüllte. Er sass hinten und rechts auf, hatte eine mehrhöckerige, mit unveränderter Schleimhaut überkleidete Oberfläche und eine „anscheinend sehr breitbasige"

Insertion. Bei der Laryngotracheotomie musste zuerst ein kleiner mittlerer Schilddrüsenlappen exstirpirt werden. Die Operation wurde hier wie im obigen Falle durch Abtragung mittelst des galvanokaustischen Messers bewerkstelligt; doch machte die starke Blutung das Einlegen einer Tamponkanüle nothwendig. Die mikroskopische Untersuchung ergab junges Schilddrüsengewebe; die Follikel waren meist klein, ohne kolloide Massen und das Stroma spärlich und blutreich. In dem vor Eröffnung der Luftröhre abgelösten Strumaknoten waren die Follikel meist vergrössert und mit kolloider Masse gefüllt. Die Patientin wurde am 17. Tage mit geheilter Wunde entlassen. Nach etwa fünfviertel Jahren kam dieselbe wieder zur Untersuchung und zu dieser Zeit hatte die sehr bedeutende Narbenzusammenziehung eine erhebliche Tracheostenose veranlasst und diese letztere hatte ihrerseits wieder die erneute Tracheotomie und Dilatationsversuche mittelst Bougies erfordert. —

In der Wiener mediz. Presse, 1878, Nr. 14 bis 16, berichtet Prof. J. Neumann über die Behandlung der Psoriasis vulgaris, des Herpes tonsurans und der Pityriasis versicolor mit Chrysophansäure und Goapulver. Das Goapulver, auch Araroba oder Arariba (nach Bomfin indische Bezeichnung für „lohfarben"), Chrysarobin, auch Poh di Bahia genannt, wird aus Stamm und Zweigen eines Baumes gewonnen, der in Valenca und Cumanu wächst. Dasselbe wurde 1874 von Fayrer in Calcutta, später von Dr. da Silva di Lima aus Bahia gegen Hautkrankheiten empfohlen. Das Pulver ist von schmutzig-gelber Farbe, sehr reizend, sein Hauptbestandtheil ist die Chrysophansäure (80 pCt.), die auch die therapeutische Wirkung bedingt. Sie ist löslich in wässeriger Lösung von Kali causticum, wenig in heissem Wasser, leicht löslich in geschmolzenem Fette, schmilzt bei 360° F. und zersetzt sich in hoher Temperatur. Sie wird in verschiedener Weise angewendet, am zweckmässigsten mit Fett (10:40). Das Goapulver wird mit Wasser, Essig, Citronensaft, Leim oder Glyzerin gemengt, ist jedoch in diesen Substanzen unlöslich. Man verwendet 1.5 Goapulver mit 10 Tropfen Essigsäure auf 40.0 Fett gemengt, welche Salbe zweimal täglich eingerieben wird, oder 5.0 Goapulver mit 10 Tropfen Essigsäure, Citronensaft oder Glyzerin gemischt, mittelst Bürste dreimal des Tages aufgetragen. Die Chrysophansäure wirkt auf die gesunde Haut als starkes Reizmittel, indem wenige Tage nach der Anwendung, je nach der Vulnerabilität der Haut, bald eine erythematöse Entzündung eintritt, welche Schlaflosigkeit, Frösteln, Brennen und Jucken im Gefolge hat. Die Röthe erscheint oft punktförmig den Haarbälgen entsprechend, Oedem nur im Gesicht und den Oberextremitäten. Die Chrysophansäure färbt die Haut purpurbraun, welche Färbung nach 8–10 Tagen schwindet, jedoch auch durch leichtes Kratzen sowie durch Benzinwaschungen entfernt werden kann; sie ist geruchlos, ihre Anwendung ganz schmerzlos, die Wäsche wird durch sie nicht zerstört. Angeregt durch die Erfolge Balmanno Squire's hat Neumann Versuche mit dem Mittel angestellt. Es werden neun Krankengeschichten von an ausgebreiteter Psoriasis Leidenden mitgetheilt, welche durch das angegebene Mittel geheilt wurden; ferner wird erwähnt, dass noch sieben mit leichteren Formen von Psoriasis Behaftete geheilt wurden, während sich noch elf Pat. in Behandlung befinden. Ein Fall von Pityriasis versicolor, drei Fälle von Herpes tonsurans vesiculosus verdanken gleichfalls diesem Mittel ihre Heilung. In Behandlung befinden sich ausserdem noch ein Kranker mit Lentigines, zwei mit Chloasma uterinum, ferner einer mit Acne rosacea. Verfasser lässt die psoriatischen Stellen vorher mit dem scharfen Löffel oder durch Abreiben mit Lappen und grüner Seife von den Schuppen befreien, alsdann die Säure mittelst Charpiepinsels einreiben oder an stark infiltrirten Stellen messerrückendick die Salbe auf Leinwand gestrichen auflegen; dessgleichen bei Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor und Chloasma uterinum. Die Erfolge sind bei Psoriasis eklatant. Es genügen bei Psoriasis guttata, punctata, numularis schon 3–4 Einreibungen zur Heilung. Die Infiltration schwindet rasch. Nach der Heilung bleibt ein von der Umgebung sich stark markirender weisslicher Fleck zurück, welcher erst allmählig sein Pigment wieder erhält. Die inveterirte Psoriasis verlangt eine längere Behandlungsdauer. Bei Herpes tonsurans und Pityriasis versicolor nehmen die eingeriebenen Partieen ein schmutzigbraunes, die gesunde Haut ein fleischfarbenes Kolorit an, welches unter Bildung grösserer Schuppenlamellen schwindet. Drei Einreibungen genügen zur Beseitigung der Pityriasis und einzelner Kreise des Herpes tonsurans; ist letzterer über grössere Hautstrecken ver-

breitet, so sind 6—8 Einreibungen erforderlich. Direkte allgemeine Erscheinungen wurden nicht beobachtet. — Graue Haare werden durch die Salbe grün, schwarze werden nur wenig oder röthlich schimmernd gefärbt. Im Gesichte lässt Verfasser die Salbe stets auf Leinwand gestrichen applíziren. Derselbe fasst die aus den bisherigen Erfahrungen gewonnenen Ergebnisse in nachstehenden Sätzen zusammen: 1) Die aus dem Goapulver dargestellte Chrysophan-Säure ist ein vortreffliches Mittel, um Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor und Psoriasis vulgaris zu beseitigen. 2) Die ersten Formen der Psoriasis weichen schon nach wenigen Einreibungen, sie schwinden rascher und in einer weit einfacheren Weise als durch irgend ein anderes bisher bekanntes Heilmittel gegen Psoriasis. 3) Auch inveterirte Formen der Krankheit können durch die Chrysophansäure beseitigt werden und leisten derselben nur ausnahmsweise längeren Widerstand. 4) Die Chrysophansäure verursacht auf den krauken Stellen keinen Schmerz; die krankhaften Phänomene auf der gesunden Haut werden wahrscheinlich durch der Chrysophansäure beigemengte Harze hervorgebracht. 5) Es gehört die Psoriasis vulgaris bei solchem Heilverfahren nicht mehr zu jenen Hautkrankheiten, welche die Kranken in so hohem Grade belästigen, und es können Rückfälle leicht wieder beseitigt werden. Alle Psoriatiker, welche Neumann bisher behandelte, geben dieser Methode vor jeder anderen unbedingt den Vorzug. In jedem Falle muss betont werden, dass wir in den letzten Decennien wenige Mittel in die Therapie der Hautkrankheiten eingeführt haben, welche von so eminentem Erfolge gekrönt sind wie das in Rede stehende. 6) Gibt es noch andere Hautkrankheiten, welche durch die Chrysophansäure zu beseitigen sind, worüber Verf. jedoch erst dann Bericht zu erstatten gedenkt, wenn das Material ein grösseres geworden ist. 7) Derselbe möchte noch den Wunsch aussprechen, dass dieses Verfahren, zu welchem er dort zu Lande den ersten Impuls gegeben hat, auch von anderer fachmännischer Seite geprüft werden möge, und er zweifelt nicht, dass dasselbe bald den ihm gebührenden Rang im Medikamentenschatze bleibend einnehmen wird. — Anknüpfend hieran sei bemerkt, dass auch Prof. Köbner in einem Vortrage über Psoriasis — gehalten am 22. Mai d. J. in der Berliner medizinischen Gesellschaft — die guten Heilerfolge der Chrysophansäure gegenüber diesem Hautleiden bestätigte. Er hatte ein Präparat angewandt, welches in der Augusta-Apotheke des Herrn Alves zu Berlin dargestellt worden war und welches 10 Theile der Säure auf 40 Theile Fett enthielt. Die so bereitete Salbe wirkt reizend auf die Haut, im Gesicht schon nach 3—4 Einreibungen. Es ist also einige Vorsicht bei häufig wiederholten Einreibungen geboten und sind Pausen zwischen denselben zu machen. Die erzeugte Röthung etc. der Haut schwindet schnell. 14 Einreibungen waren die grösste Zahl, welche Köbner in einem Falle anwenden musste. —

Seit Anfang dieses Jahrhunderts ist im Wiener Gebärhause kein einziger Fall von Kaiserschnitt genesen; dieses ungünstige Ergebniss der operativen Thätigkeit der verschiedensten Geburtshelfer veranlasste Prof. Spaeth, bei einer Frau, die sich schon in der Schwangerschaft ihm vorstellte, nach der von Porro zu Pavia versuchten Methode vorzugehen. Seine eigenen früheren Fälle gingen 9—39 Stunden nach der Operation zu Grunde; drei von ihnen waren veranlasst durch ein osteomalacisches Becken, einer durch Rhachitis. Spaeth fürchtet beim Kaiserschnitte neben der Infektion die mangelhafte Toilette des Peritoneums, den starken Blutverlust und das zu späte Unternehmen der Operation; der Blutverlust ist um so mehr zu fürchten, als erfahrungsgemäss keine Naht im Stande ist, den Uterus zu verschliessen. Porro hat aus ähnlichen Motiven die Gebärmutter nach dem Kaiserschnitte exstirpirt und seine Patientin ist nach mancherlei Störungen im Wochenbette genesen. In dem ersten von Spaeth operirten Falle handelte es sich um ein hochgradig osteomalacisches Becken bei einer an Lungenaffektionen leidenden Frau. Unter allen antiseptischen Kautelen wurde, nachdem die Wehen den äusseren Muttermund für drei Finger durchgängig gemacht hatten, die Operation begonnen. Nach Durchtrennung der Bauchdecken und der vorderen Uteruswand, wobei die Blutung keine allzustarke war, wurde die lebende Frucht entwickelt. Der Uterus wurde nun aus der Bauchhöhle herausgehoben und, da die Blutung trotz Reiben nicht stand, nach Entfernung von den Eihäuten und der Placenta jetzt der Ecraseur in der Höhe des inneren Muttermundes angelegt und nun die Gebärmutter mit Zurücklassung der Eierstöcke abgeschnürt und dann über der Kette abgeschnitten. Drainageröhren wurden ein-

gelegt, die Wunde durch die Naht geschlossen, der Stiel (Cervix) im unteren Wundwinkel eingenäht und ein Lister'scher Verband angelegt. Der Verlauf war fast ganz fieberfrei, nur schritt die Ueberhäutung des Uterusstumpfes sehr langsam vor sich und war erst nach fünf Monaten vollendet. — Der zweite Fall des Verfassers kam erst nach 36stündiger Geburtsdauer in die Klinik, die Frucht war abgestorben, das Fruchtwasser jauchig zersetzt. Die osteomalazische Beckenverengerung war aber so hochgradig, dass der Kaiserschnitt absolut indizirt war. Spaeth vollzog ihn in derselben Weise, doch musste hier die Anlegung der Ecraseurkette beschleunigt werden wegen sehr starker Blutung aus dem Uterus. Auch wurden die Ovarien mit entfernt, was bei der schon eingetretenen starken Cervixdehnung nöthig war. Verband ebenso wie bei der ersten Operation. Pat. schien sich zuerst leidlich zu befinden, ging aber doch an den Folgen der schon zur Zeit der Operation bestehenden Septihämie am achten Tage zu Grunde. — Spaeth hebt als Vortheile dieser Art der Operation hervor, dass die Gebärmutterblutungen rasch und vollständig beherrscht, dass Nachblutungen in die Bauchhöhle vermieden werden, dass die Wundfläche geringer wird, dass die Behandlung extraperitoneal und die Infektionsgefahr geringer ist. Er vertheidigt die Operation als gesetzlich zulässig, weil durch die Entfernung eines Körpertheiles hier das Individuum gerettet wird. In Bezug auf die Technik möchte er möglichst die Placenta ungelöst lassen, mit dem Ecraseur und nicht nach Péau operiren; die Amputationsstelle legt er möglichst-dicht unter dem inneren Muttermund; die Exstirpation der Ovarien muss nach den Verhältnissen des einzelnen Falles beurtheilt werden. (Wiener med. Wochenschrift, 1878, Nr. 4 ff.) —

Prof. Dr. Sacharjin beobachtete zwei Fälle von Lungenschwindsucht, welche sich als syphilitische Lungenentzündungen entpuppten, insoferne als sie durch eine antisyphilitische Behandlung geheilt wurden. Er macht zunächst darauf aufmerksam, dass die gewöhnliche Lungenphthisis mit der syphilitischen Pneumonie grosse Aehnlichkeit habe und dass die antisyphilitische Behandlung jene nur verschlimmere, diese aber bessere. — Der eine beobachtete Fall betrifft einen 30jährigen Kranken mit drei Jahre alten Hautgeschwüren und Periostitis des Schienbeines; der zweite einen Patienten, welcher schon seit 9 Jahren an Syphilis, die letzten fünf Jahre speziell an syphilitischer Nasenkaries litt. Beide Fälle ähnelten sich auch in ihren Symptomen. Die Erkrankung erfolgte unter Fieber, Husten, Brustschmerz, Brustbeklemmung u. s. w. Die Abnahme dieser Erscheinungen war schon nach acht Tagen bei Zimmeraufenthalt wahrzunehmen. — Erwähnung verdient der Umstand, dass in beiden Fällen die physikalischen Erscheinungen wesentlich auf der rechten Seite gefunden wurden (welche Thatsache schon im Jahre 1875 Grandidier, aber nur für den mittleren rechten Lappen, geltend machte). Ohne Medikation schwanden, wie schon erwähnt, in acht Tagen Husten, Auswurf und Rasselgeräusch; nach der merkuriellen Behandlung (Zittmann's Decoct, Einreibungen von grauer Salbe) auch die übrigen Symptome. — Als Anhaltspunkte für die Diagnose auf syphilitische Pneumonie werden angegeben: 1) Die charakteristische Anamnese. 2) Die kräftige Konstitution des Kranken; schwächliche Subjekte mit Anlage zur Schwindsucht verfallen dieser eher als dass sie die späteren syphilitischen Affektionen erleben. 3) Die objektiven Merkmale der Lungen-Verdichtung: dumpfer Schall, geschwächter Fremitus, Veränderung im normalen Athmungsgeräusche; ausgeprägtere Einsenkung der Supra- und Infraclavicular-Gruben; Kurzathmigkeit und Gefühl von Beklemmung und Schmerz in der Brust. 4) Das Fehlen von Blutspeien, des Hustens, der Sputa und der Rasselgeräusche. 5) Das Fehlen von Fieber. 6) Die entschiedene Wirkung einer Quecksilber- oder Jod-Behandlung. Schon geringe Quecksilberdosen helfen und diese sind auch vornehmlich anzuwenden. — Die Schwierigkeit des Unterschiedes bei Komplikation von wirklicher Phthise und Syphilis erkennt Sacharjin an. (Berl. klin. Wochenschr., XV 3. 1878.) —

Seit vier Jahren führt P. Burresi auf seiner Klinik bei Behandlung der Pleuritis die Thorakokentese so früh als möglich aus und zwar sowohl bei eiterigen als auch bei serösen Exsudaten. Bei letzteren wartet er ab, bis Fieber und Schmerz vorüber sind. Ziehen sich diese Symptome in die Länge, während das Exsudat schnell wächst, so wendet er Blutegel, Aderlass, Einreibungen etc. an. Ist von Anfang an kein

Fieber vorhanden, so operirt er sofort, sobald das Exsudat auch nur auf einer Seite bis zur Hälfte des Thorax steigt. Bei eiterigen Exsudaten lässt er sich zur Punktion durch drohende oder vorhandene Gefahr bestimmen, besonders durch Pyämie, schnellen Verfall, Käsigwerden des Exsudates, Ulzerationen der Pleura. Als Vortheile der Operation bei serösen Exsudaten führt er aus, dass sie oft lebensrettend, stets krankheitsverkürzend wirke und durch Entlastung der Lunge von dem Drucke des Exsudates die volle Erhaltung der Lungenthätigkeit ermögliche. Um diese letztere Indikation zu unterstützen, lässt Burresi unmittelbar nach jeder Punktion den Patienten komprimirte Luft einathmen, bis er spirometrisch oder auf anderem Wege nachweisen kann, dass die Ausdehnungsfähigkeit der Lunge wieder vollständig hergestellt ist. Dadurch erreicht er auch die Lösung der pleuritischen Verwachsungen. In chronisch verlaufenden Fällen und bei Empyemen macht er die Punktion durch den Dieulafoy'schen Aspirator (sonst nur mit dem Kapillartrokar) und spritzt regelmässig, um den Fortschritt der adhäsiven Entzündung zu hemmen, kaltes Wasser oder Lösungen von Phenylsäure, Jodtinktur oder Silbersalpeter ein, die er sofort wieder aufsaugt. Zwei Mal gelang ihm das Aufsaugen wegen vorgelagerter Pseudomembranen nicht; trotzdem verlief der eine Fall, bei welchem Jodtinktur eingespritzt worden war, ohne jede Störung, während im anderen, mit Phenylsäure behandelten Falle Vergiftungserscheinungen eintraten, welche jedoch ohne bleibenden Nachtheil vorübergingen. Auch hier trat schliesslich völlige Heilung ein. (Sperimentale, Januar, 1878.)

M. Heilborn hat im Breslauer pathologischen Institute bei Kaninchen und Hunden subkutane Einspritzungen verschieden konzentrirter Sublimatlösungen gemacht und konnte bezüglich deren Wirkungen im Wesentlichen die Ergebnisse früherer Autoren (Salkowsky, Rosenbach, Balogh) bestätigen. Ausserdem aber hat er in dem Knochenmarke der Röhrenknochen der Versuchsthiere häufig eine exquisite Hyperämie beobachtet, welche sich über Epi- und Diaphyse gleichmässig verbreitete. Mikroskopisch erschienen die Kapillaren weit und geschlängelt, mit rothen Blutkörperchen überfüllt; in der Umgebung der Gefässe zeigten sich oft schollige Massen, welche von diluirtem Blutfarbstoffe röthlich gefärbt waren, und das Protoplasma der Markzellen war stärker gekörnt. In dem Knochenmarke von Thieren, welche mehrere Tage hindurch Sublimat-Einspritzungen erhalten hatten, waren mit der auftretenden Abmagerung auch die Fettzellen völlig oder grösstentheils geschwunden. Nur nach Injektion der schwächsten Lösungen (0.005:50.0) in minimalen Dosen (5—10 Theilstriche) fehlte, selbst wenn monatelang injizirt wurde, die Hyperämie des dann voluminöseren, anämischen Knochenmarkes, die Knochen aber hatten an kompakter Substanz abgenommen und zeigten eine gewisse Brüchigkeit beim Durchsägen. Peptonsublimat wurde von den Versuchsthieren schwerer vertragen, sie erlagen schneller und zeigten die Hyperämie des Knochenmarkes in geringerem Grade. In dem hyperämischen Knochenmarke hat Heilborn nach der sehr empfindlichen Methode von Mayençon und Bergeret häufig den Merkur als Quecksilberjodid nachweisen können. Die Knochenschmerzen, wie sie nicht selten im Beginne einer Quecksilberkur bei anämischen, an Syphilis leidenden Personen nach völligem Ablaufe des Eruptionsfiebers auftreten, glaubt Verfasser auf eine Hyperämie des Knochenmarkes beziehen zu dürfen. (Arch. f. exper. Path. etc., VIII S. 361.) —

V. Gautier sieht in der Ausstossung dysmenorrhoischer Membranen nur insoferne eine pathologische Erscheinung, als die Mukosa sich dabei zu abnormer Dicke und Konsistenz entwickelt. Die Vergleiche mit einer exfoliativen Enteritis sind unzulässig, weil es sich dabei nur um Schleimabsonderungsprozesse handelt. Dagegen findet er eine zutreffende Analogie dieses Vorganges mit der Ichthyosis, bei welcher sich in gleicher Weise ohne entzündlichen Prozess lediglich die Epidermis regenerirt unter Abstossung kleinerer oder grösserer Fetzen. Auch die Ichthyosis findet sich bei einzelnen Individuen periodisch, besonders wenn sie die Zunge ergreift. Dem entsprechend will Verf. die dysmenorrhoischen Membranen mit den bei der Ichthyosis lingualis abgestossenen vergleichen und jene Krankheit als Ichthyosis uterina definiren, welche nur dann mit Schmerzen verbunden ist, wenn der Ausführungsgang des Uterus zu enge oder eine Endometritis, Deviationen oder Neubildungen zugleich mit vorhanden sind. Zur Unterstützung dieses Vergleiches führt er an, dass beide Affektionen nahezu unheilbar seien, beide erblich

gefunden werden, dass beide sich besonders bei skrophulösen, anämischen, beziehungsweise tuberkulösen Individuen vorfinden. Die Therapie muss auf Ausweitung des Kanales, beziehungsweise Umstimmung der Gebärmutterschleimhaut gerichtet sein, die übrige Affektion aber je nachdem berücksichtigen. (Ann. de Gyn., 1877, S. 412.)

Bis vor nicht langer Zeit galt es als ein Dogma, dass die graue Hirnrinde sowie das Rückenmark gegen die verschiedensten Reize unempfindlich seien. Wie in Bezug auf die graue Hirnrinde diese Thesis durch Hitzig und Fritsch widerlegt worden, so ist sie in Bezug auf das Rückenmark durch die wichtigen Untersuchungen von Goltz stark angetastet worden. Dieser fand, dass das Rückenmark durchaus nicht bloss ein leitender Strang, sondern vielmehr für vielerlei Funktionen ein eigener Erreger sei; er wies nach, dass die beständigen Misserfolge der Untersucher daher rührten, dass unmittelbar nach dem Schnitte die Erregbarkeit des Rückenmarks sehr herabgesetzt ist, jene Untersucher aber demselben keine Erholungspause gegönnt hätten. Indem er die hieraus sich ergebenden Kautelen berücksichtigte, fand nun Docent Dr. B. Luchsinger zu Zürich, dass auch am isolirten Rückenmarke Erstickung wie Verblutung mächtige Erregungen: Muskelkrämpfe und Schweissekretion bewirken. Reizt man unmittelbar nach der Durchschneidung das Rückenmark durch Erstickung, so wird dasselbe unterhalb des Schnittes nicht oder nur in sehr geringem Grade reagiren; wartet man aber nur einige bis 24 Stunden, so zeigen sich die Erscheinungen prompter, und man kann nun die deutlichsten Krämpfe beobachten. — Es fragte sich nun, ob in diesen Versuchen Luchsinger's das Rückenmark wirklich direkt durch das Erstickungsblut gereizt wird oder ob es nicht vielmehr reflektorisch durch sensible Nervenfasern erregt wird. Es musste zur Entscheidung dieser Frage das Rückenmark von allen sensiblen Erregungen isolirt, alle hinteren Wurzeln mussten also durchschnitten werden. Durchschneidet man einer chloroformirten jungen Katze das Rückenmark hinter dem letzten Brustwirbel, durchbricht die Wirbelbögen von hinten, spaltet die dura Mater der Länge nach, durchschneidet sämmtliche hinteren Wurzeln des unteren Markabschnittes, durchtrennt endlich den Rest des Markes hinter den breiten Sakralwurzeln und macht nun, nachdem die äussere Wunde sorgfältig zugenäht, nach drei Stunden einen Erstickungversuch, so sieht man nur leise, aber deutliche Zuckungen in den Hinterbeinen; wiederholt man 15 Stunden nach der Operation, nachdem sich das Thier durch künstliche Respiration bald wieder erholt, den Erstickungsversuch, so erhält man deutlich klonische Krämpfe in beiden Hinterbeinen und auch am Schwanze. Wie die früheren Versuche Luchsinger's die direkte Reizbarkeit der Schweisscentren des Rückenmarkes durch überhitztes sowie durch venöses Blut erwiesen, so zeigen diese Versuche die direkte Reizbarkeit der motorischen Ganglien des Rückenmarkes durch Erstickungsblut zur Evidenz. Verf. ist weiter der Ansicht, dass Erstickungs- wie überhitztes Blut ganz allgemein für alle Nervencentren direkte Reize sind. (Arch. f. d. ges. Physiol. XIV.) —

Um die Häufigkeit der Tuberkulose in der Schilddrüse zu konstatiren, untersuchte Dr. H. Chiari dieselbe möglichst genau in 100 aufeinanderfolgenden Fällen von Tuberkulose und fand bei denselben sechs Mal Tuberkulose der Schilddrüse und zwar entweder als chronische Form, sekundär bei chronischer Tuberkulose in anderen Organen, oder als akute, als Theilerscheinung einer universellen miliaren Tuberkelproduktion. Dieselbe bot sich in Form von körnigen Infiltrationen oder miliaren Knötchen dar. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Tuberkel-Granulation und -Infiltration in der Schilddrüse dieselbe Textur hat wie anderwo: die miliaren Tuberkel bestanden aus lymphoiden Zellen mit runden und ovoiden Kernen und einem sehr vergänglichen, daher häufig schon geschwundenen Protoplasma. Zwischen den Zellen war eine feinstreifige und punktförmige Masse, die stellenweise ein deutliches Reticulum formirte. Viele der miliaren Tuberkel waren central verkäst und viele enthielten mitunter sehr umfängliche und sehr kernreiche Riesenzellen. Die tuberkulöse Infiltration liess an ihrer Peripherie ihre Entstehung aus dem Zusammenfliessen miliarer Knötchen erkennen; die Tuberkelelemente entstehen in dem interstitiellen Gewebe. (Medic. Jahrb., 1878, Heft 1.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 27. *Erlangen*, am 6. Juli 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Lehre vom Erysipelas. Faradisation der Milz gegen Wechselfieber. Zur Addison'schen Krankheit. Ueber Anästhesirung bei der Entbindung. Resultate aus Versuchen über Refrigeration und Insolation. Verhältniss der zymotischen Krankheiten zur Verunreinigung der Luft der Häuser durch Kommunikationen mit Kanälen, durch Kanalgase. Ueber skrophulöse und tuberkulöse Gelenkentzündung.

Auf dem siebenten deutschen Chirurgen-Kongresse zu Berlin gab Dr. H. Tillmanns seine experimentellen und anatomischen Untersuchungen über das Erysipelas bekannt. Was zunächst den experimentellen Theil seines Vortrages anbelangt, so hat er bei 42 Versuchen an Hunden und Kaninchen sich folgende Fragen vorgelegt: 1) Ist es möglich, das Erysipelas von Kranken auf Gesunde zu übertragen? d. h. besitzen die dem Erysipelherde entnommenen und zur Impfung benutzten Gewebsflüssigkeiten (Blut, Oedemflüssigkeit, Erysipelblasen-Inhalt und Eiter) spezifische d. h. kontagiöse Eigenschaften? 2) Welche Wirkung hat die Karbolsäure auf diejenigen erysipelatösen Gewebsflüssigkeiten, welche sich bei der Uebertragung von Kranken auf Gesunde wirksam erwiesen, welche sehr wahrscheinlich das sogenannte Erysipelgift enthielten? 3) Auf welche Weise ist es, abgesehen von der direkten Uebertragung, möglich, bei Thieren künstlich durch Applikation verschiedener, nicht spezifischer Schädlichkeiten Erysipelas zu erzeugen? — Der zweite Theil seines Vortrages umfasst die anatomischen Untersuchungen, nämlich das Vorkommen und die Bedeutung der Bakterien bei dem Erysipele. — Was die erste der obigen Fragen anlangt, die Frage der Uebertragbarkeit des Erysipels, so wurden bis jetzt diessbezügliche Impfversuche angestellt von Willan, Ponfick, Orth, Lukomsky, Bellien und Zülzer. Nach diesen allen scheint dem Vortragenden die direkte Uebertragbarkeit des Rothlaufes nicht gerade genügend geprüft zu sein, indem von diesen Autoren nur Bellien durch Ueberimpfen ein ächtes Erysipel erzielt haben will. — In 25 Versuchen an Kaninchen und Hunden hat nun Tillmanns die Frage studirt. Sein Impfmaterial (Blut, Blaseninhalt, Oedemflüssigkeit und Eiter) stammte von Kranken der chirurgischen Klinik und wurde von ihm in feinen — selbst dargestellten — Kapillarröhrchen aufgefangen, welche an beiden Enden in feinste, leicht abbrechbare Spitzen übergingen. Als von besonderer Wichtigkeit für das Gelingen einer wirklichen Uebertragung erkannte er die grösste Vorsicht bei Sammlung des Impfstoffes, um denselben möglichst rein und ohne sekundäre Beimengungen zu erhalten. In anderen Fällen hat er den Impfstoff direkt in Reagenz-Gläschen mit Pasteur-Cohn'scher Nährlösung und durch Wattepfropf verschlossen aufgefangen, welche Gläschen vorher sechs Stunden lange im Papin'schen Topfe gekocht waren. Um annähernd sicher zu sein, dass bei der momentanen Oeffnung der Kulturgläschen nicht Keime aus der atmosphärischen Luft in letztere gelangten, hat er zu jeder Kulturprobe eine Kontrolprobe genommen, welche eben so vorsichtig momentan geöffnet wurde wie das Kulturgläschen, nur wurde sie nicht mit Erysipelstoff versehen. Diese Kontrolgläschen zeigten nie eine Spur von Bakterien-Entwicklung, ihr Inhalt blieb spiegelklar und so glaubt der

Vortragende auch mit annähernder Sicherheit, dass seine Kulturgläschen sehr wahrscheinlich nur solche erysipelatöse Gewebsflüssigkeiten aufnahmen, welche durch äussere Beimischungen nicht verunreinigt waren und dass die eventuell und in den selteneren Fällen vorhandenen Bakterien ursprünglich bereits in der betreffenden erysipelatösen Gewebsflüssigkeit vorhanden waren und nicht etwa aus der atmosphärischen Luft etc. stammten. Sein gesammtes Impfmaterial wurde im Brutofen bei 36—37° C. aufbewahrt. — Beim Versuche selbst verfuhr Redner in einer Reihe von Fällen ähnlich wie bei der Pocken-Vaccination. Sodann hat er auch auf granulirende Wunden übergeimpft und hat ferner die Menge des Impfstoffes vermehrt. In den letzteren Fällen hat er den in Nährlösung verdünnten Erysipelstoff injizirt (u. z. $^1/_2$ Pravaz'sche Spritze) mittelst feinster Kanülen. Er glaubte auf diese Weise am ersten seinen Infektionsstoff in präformirte Bahnen, besonders in die Lymphgefässe, zu bringen und so um so eher eine propagirende Entzündung zu erzielen. — Die Resultate der Uebertragung waren nun folgende: Mit Oedemflüssigkeit und Inhalt aus Erysipelblasen wurden 8 Versuche vorgenommen, mit getrocknetem Blaseninhalte 2, mit erysipelatösem Blute 7 und mit dessgleichen Eiter 8. Von sämmtlichen 25 Versuchen zeigten 5 ein positives Resultat und zwar zwei nach Infektion mit erysipel-serösem Blaseninhalte, einer nach Impfung mit eiterigem Blaseninhalte und zwei nach Impfung mit erysipelatösem Blute. In allen diesen Fällen war die örtliche Erkrankung durchaus typisch, d. h. eine propagirende Röthung und Schwellung, welche unter Desquamation nach 1—2—3tägiger und längerer Dauer an den zuerst befallenen Stellen in eine Resolutio ad integrum ohne Eiterung überging. Wo die letztere in zwei Fällen auftrat, war sie umschrieben und verlief nach dem Schema der Abszesse bei Rothlauf. In einem Falle trat an der Impfstelle, d. h. an der Stelle der stärksten Schwellung und Röthung, eine umschriebene Hautgangrän auf, welche übrigens auch an dem Kranken zur Beobachtung kam, dem der Impfstoff entnommen worden war. Das begleitende Infektionsfieber war typisch, besonders auch in einem Falle von Recidive. Nur solche Fälle wurden für Rothlauf, d. h. hinsichtlich ihres Resultates für positiv erklärt, bei welchen Lokalerkrankung und Fieber (bis zu 41.6°) bestand. Nicht selten traten örtliche propagirende Röthungen und Schwellungen auf, welche vollständig der Rose glichen, die aber wegen der fehlenden Temperatursteigerung als negative Erfolge der versuchten Uebertragung angesehen wurden. In anderen Fällen fehlte jeder Effekt der Impfung oder aber es traten keine örtlichen Symptome auf, sondern nur leichte vorübergehende Temperatursteigerungen. In noch anderen Fällen war die um die Impfstelle auftretende lokale Röthung und Schwellung mit oder ohne Temperatursteigerung vorhanden, aber sie war nicht propagirend. In einem Falle trat nach Infektion mit einem bereits als wirksam sich erwiesenen Erysipelstoffe bei einem Hunde an der Impfstelle keine Alteration ein, wohl aber kam es an einer entfernten Stelle unter Fieber bis zu 41° zu einem Abszesse, der spontan aufbrach und dann rasch heilte. Dieser Versuch scheint darauf hinzuweisen, dass der Erysipelstoff nicht immer direkt an der Eintrittsstelle in den Organismus in Wirksamkeit tritt, sondern gelegentlich auch erst an einer entfernteren Stelle, dass er wahrscheinlich bald Abszess und bald ächtes Rothlauf hervorruft. Von den Thieren mit wirklichem Erysipele wurde dann durch Impfung mit Blut der Rothlauf auf andere Thiere mit Erfolg übertragen; Ueberimpfung der Affektion von der zweiten Generation auf eine dritte blieb jedoch erfolglos. Von granulirenden Wunden aus hat Tillmanns niemals nach der Impfung Erysipel gesehen. — Nach dem Allen glaubt er, dass die direkte Uebertragung des Erysipelas in seltenen Fällen gelingt und dass diese Fälle als kontagiöse in dem gewöhnlichen Sprachgebrauche anzusehen sind. Allerdings scheint der Rothlauf bei weitem nicht in dem Maasse übertragbar zu sein, wie z. B. die Pocken. — Sodann hat der Vortragende die sich wirksam erwiesenen Erysipelstoffe in der Dosis von Buchholtz (4 pCt. gewässerte Karbolsäure) mit Karbolsäure versetzt und in vier derartigen Versuchen weder örtlich noch allgemein eine spezifische Alteration beobachtet. Somit scheint ihm, dass die Karbolsäure die Erysipelnoxe in sehr wirksamer Weise *destruirt* und dass die von Hueter empfohlenen parenchymatösen Karbolinjektionen *durchaus* rationell sind. Es wird nur darauf ankommen, dass wir das Mittel in genügender Menge und in gehöriger Vertheilung möglichst frühzeitig an den Erysipelstellen anwenden. — Zur Beantwortung der dritten Frage, *künstliche Erzeugung des Rothlaufes ohne*

irekte Uebertragung, hat Tillmanns 3 Versuche angestellt und ist es ihm in einem Falle gelungen, durch Applikation on septischen Flüssigkeiten (Eiter, Blut, aulflüssigkeiten), durch Auflegen von fauinden Gewebsstoffen (Lukomsky), durch ewöhnlichen Eiter oder durch Pasteur-ohn'sche Nährlösung künstliches Erysipel ervorzurufen. Aber diese Versuche lieferten ach anderer Richtung hin Ergebnisse, welche icht ohne Interesse sind. Vier Thiere starben n allgemeiner Sepsis und zwar trat bei zwei hieren nach Infektion von 3—4 Inzisionen it etwa je einem Tropfen septischen Mariales Septihämie ein, ohne dass die örtchen Infektionsstellen eine nennenswerthe lteration zeigten. Die experimentelle Sepsis ar während des Lebens durch Temperaturteigerungen (bis zu 42.1°) und durch Diarhöen gekennzeichnet; die Sektion ergab die ewöhnlichen Befunde. Die Infektionsstellen eilten per primam und auch die histologische ntersuchung konnte nichts Nennenswerthes achweisen. — Diese Thatsache scheint dem ortragenden bezüglich der Erklärung der ogenannten spontanen Sepsis, der spontanen yämie, der spontanen infektiösen Osteomyetis von Interesse, sie weist vielleicht darauf in, dass auch der septische Giftstoff, wie er erysipelatöse, in den Körper eindringen ann, sei es von einer Kontinuitätstrennung i der Haut, im Darme oder in den Lungen etc. us, ohne an der Eintrittsstelle Symptome u schaffen, und dass er trotzdem tödtliche eptihämie veranlassen kann. — Was endch die anatomischen Untersuchungen anngt, so beschäftigen sich dieselben, wie gesagt, vorzugsweise mit dem Nachweise der akterien in erysipelatösen Gewebsflüssigeiten und Geweben. Die histologische Unteruchung in der gewöhnlichen Weise oder in ier Recklinghausen'schen feuchten Kammer, ferner Kulturversuche in Pasteur-ohn'scher Nährlösung ergaben, dass in len erysipelatösen Gewebsflüssigkeiten (Blut, Blaseninhalt und Eiter) bald Bakterien vorkommen, bald nicht (Billroth), und zwar and Tillmanns beim Menschen dieselben neist nicht. Auch das Gewebe am Erysipelande enthält beim Menschen nur in den elteneren Fällen Bakterien. In einem Falle hat der Vortragende dieselben in grosser Menge in den Blut- und Lymph-Bahnen wie m Gewebe aufgefunden. Bei Thier-Erysipelas konnte er auch dann, wenn er dem lebenden Thiere den Erysipelrand exstirpirte, keine Bakterien nachweisen. — Redner kann deshalb die Ansicht Derer nicht theilen, welche glauben, dass die Bakterien als solche in jedem Falle von Rothlauf die direkte Ursache seien. Er ist wohl der Meinung, dass es in der Pathologie der jüngsten Zeit kaum eine wichtigere Entdeckung gegeben hat, als den Nachweis der Mikro-Organismen in den Geweben des Organismus. Aber er glaubt auch, man sollte nicht allzu rasch die direkte Frage zu entscheiden suchen: sind die bei einer bestimmten Krankheit anatomisch nachgewiesenen Mikro-Organismen die direkte Ursache dieser Krankheit, oder sind sie es nicht? Er meint, bevor man an die Entscheidung dieser Kardinalfrage herantrete, seien noch mehrere Vorfragen zu studiren, seien vor Allem die bisherigen Untersuchungsmethoden bezüglich der Pilzfrage auszubilden und zu verbessern. Allerdings scheint ihm für eine Krankheit der parasitäre Ursprung direkt nachgewiesen zu sein, nämlich für den Milzbrand, für welchen seiner Ansicht nach Koch durch seine schönen Untersuchungen gezeigt hat, dass die Bacillen die direkte Ursache in der That sind. Aber wenn für eine Krankheit dieser Nachweis gelungen ist, so folgt daraus nicht, dass auch die bei einer anderen Affektion vorhandenen kleinsten Organismen die direkte Ursache dieser betreffenden Krankheit seien. So hält er sich bezüglich des Rothlaufes noch nicht für berechtigt, zu sagen, dass in denjenigen Fällen, in welchen Kokkos-Vegetationen in den flüssigen und festen Geweben vorkommen, diese als solche die Ursache des Erysipelas sind, vorläufig ist es nicht unmöglich, dass sie auch Folge der erysipelatösen Veränderung sein können. — Tillmanns fasste am Schlusse seines Vortrages seine Resultate in Folgendem kurz zusammen: „1) Bezüglich der Uebertragbarkeit des Rothlaufes: Es gelang in einzelnen selteneren Fällen, Erysipel vom kranken Menschen auf gesunde Thiere und von Thier zu Thier durch erysipelatöse Gewebsflüssigkeiten überzuimpfen; in diesen Fällen enthielten die betroffenen Gewebsflüssigkeiten das sogenannte Erysipelgift, sie wirkten kontagiös. 2) Die Anwendung der Karbolsäure scheint mir auf Grund meiner Versuche in der That bei der Behandlung des Rothlaufes durchaus rationell, in der Weise, wie sie von Hueter zuerst empfohlen wurde. 3) Das Vorkommen der Bakterien in erysipelatösen Gewebsflüssigkeiten und Geweben ist nicht konstant;

die Bedeutung der Bakterien ist vorläufig noch nicht so ohne Weiteres zu entscheiden. 4) Es ist sehr wahrscheinlich, dass die erysipelatösen und die septischen Gifte an irgend einer Körperstelle eindringen können, ohne an der betreffenden Stelle örtliche Symptome hervorzurufen, dass sie aber trotzdem nach einiger Zeit an einer entfernteren Stelle lokale Erscheinungen (Erysipel, Abszess, Osteomyelitis) schaffen oder aber dass das septische Gift zu tödtlicher allgemeiner Sepsis führt. — Zum Schlusse möchte ich Ihnen vorschlagen, den Begriff des Erysipelas etwas weiter zu fassen als es bisher in Deutschland geschieht. Früher war das Erysipelas ausschliesslich eine Hautkrankheit, eine spezifische Dermatitis, dann lernten wir die Schleimhauterysipele der Gesichtshöhlen und des Vaginaltraktus kennen. Das Vorkommen der Schleimhaut-Erysipele am Anfange des Luftrohres macht es nun sehr wahrscheinlich, dass es auch primäre erysipelatöse Entzündungen des Larynx und der Lungen gibt, wie sie ja in der That in neuerer Zeit unter dem Namen der Wanderpneumonieen, der erysipelatösen Pneumonieen, beschrieben worden sind. Dasselbe gilt von den Fortsetzungen des Genitaltraktus, für welche Virchow durch den anatomischen Nachweis das Vorkommen der Erysipele festgestellt hat. Der zukünftigen Forschung wird es vorbehalten bleiben, die ätiologische Beziehung der propagirenden Entzündungen an den inneren Bedeckungen zu den an den äusseren Bedeckungen, d. h. zum Rothlaufe der Haut, näher festzustellen. Ferner bin ich in Uebereinstimmung mit englischen Autoren der Meinung, dass die innigste ätiologische Verwandtschaft zwischen Hauterysipel und den propagirenden Entzündungen in den tieferen Geweben (Zellgewebe, Knochen) besteht und dass die Differenz der Erscheinungen zum Theile durch den verschiedenen Sitz einer und derselben Art von Entzündung erklärt werden kann". (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medizin v. 15. Juni 1878.) —

Mehrere Fälle von intermittirendem Fieber, in welchen das Chinin selbst in grossen Dosen ohne Wirkung blieb, oder, wenn die Fieberanfälle auch zeitweilig schwanden, doch vor Recidiven nicht schützte, veranlassten den Dr. Tschulowski, zur Faradisation der Milz seine Zuflucht zu nehmen. Später hat er viele Fälle von intermittirendem Fieber — mit Beiseitelassung jeglicher inneren Medikation — ausschliesslich mittelst Faradisatian behandelt. — Von 17 Fällen von Febris intermittens, bei welchen derselbe die Faradisation angewandt hat, theilt er im Medizinski Sbornik (herausgegeben von der kaukasischen medizinischen Gesellschaft in Tiflis) 1878, Nr. 26, neun mit, in welchen er die Fieberanfälle selbst beobachten und daher die Diagnose genau stellen konnte. In den 8 übrigen Fällen gründete sich die letztere nur auf die Angaben der Kranken über die Fieberparoxysmen. Das Ergebniss war in diesen letzteren Fällen nach Aussage der Kranken ebenso wie in den erstgenannten stets ein günstiges. Unter den 9 Fällen, deren ausführliche Krankheitsgeschichten mitgetheilt sind, waren: 1) 4 Fälle von Febr. intermitt. quotid. welche Anfangs mit Chinin oder Chinin und Arsenik, darauf mit Faradisation behandelt wurden; 2) 2 Fälle derselben Krankheitsform, bei denen nur die Faradisation, und 3) 3 Fälle von F. intermitt. tertiana, bei welchen ebenfalls ausschliesslich die Elektrizität angewandt wurde. In den 4 Fällen der ersten Gruppe war Chinin in grossen Dosen (20 Gran in 2 Gaben vor dem Paroxysmus), in 2 Fällen im Ganzen 80 Gran, daneben noch Liq. Kali arsenic. mit Tinct. chin. comp. ana zu 12 Tropfen drei Mal täglich ohne Erfolg gebraucht worden. Erst die ein- oder zweimalige Anwendung der Faradisation auf die Milzgegend 10 Minuten lang in zwei Richtungen, nämlich 1) die eine Elektrode auf die vergrösserte Milz am Rande der falschen Rippen in der Linea mamillaris, die andere auf den Interkostalraum 2—3 Zoll von der Wirbelsäule entfernt, und 2) beide Elektroden in der Linea axillaris und zwar die eine am Rippenrande auf die Milz und die andere auf den Interkostalraum beseitigte die Fieberanfälle vollständig. In den meisten Fällen reichte eine einmalige Faradisation zum Coupiren des Fiebers hin. — In allen diesen Fällen wurde nach Anwendung der Faradisation — ausser der Beseitigung der Fieberparoxysmen — eine Besserung des Appetites, der Magen- und Darm-Funktionen sowie überhaupt eine Aufbesserung des Gesammtzustandes der Kranken beobachtet. Nicht in allen, aber doch in der Mehrzahl der Fälle war auch eine Verkleinerung der Milzdämpfung bemerkbar. Nur die Milzen von harter Konsistenz blieben in statu quo oder verkleinerten sich doch sehr wenig. — Wenn Tschulowski auch zugibt, dass die ange-

führten Fälle, welche meist frische und leichtere waren, nicht genügend seien, um ein endgiltiges Urtheil über den Werth der Faradisation bei intermittirenden Fiebern fällen zu können, so glaubt er doch, in Anbetracht des eklatanten Nutzens in allen von ihm beobachteten Fällen, folgende Schlüsse sich gestatten zu dürfen: 1) Der Zweck (Beseitigung der Paroxysmen und Aufbesserung des Gesammtzustandes der Intermittens-Kranken) wird durch die Faradisation sicher und schnell erreicht. 2) Diese Behandlungsmethode ist auch praktisch in ökonomischer Hinsicht. 3) Sie ist dem Kranken nicht lästig und hinterlässt keine schlimmen Folgen. 4) Sie bietet die Möglichkeit, das intermittirende Fieber auch in den Fällen zu beseitigen, in welchen grosse Dosen Chinin nicht vertragen werden, Zufälle von Seite des Nervensystemes hervorrufen oder ausgebrochen werden und folglich nicht wirken können. Seitdem Verf. sich von der günstigen Wirkung der Faradisation auf den Verlauf intermittirender Fieber überzeugt hat, wendet er nicht mehr Chinin bei denselben an, sondern beschränkt sich bei Behandlung derselben ausschliesslich auf die Faradisation der Milz und behauptet, bis jetzt keinen Grund gehabt zu haben, das Aufgeben des Chinins zu bedauern. —

Auf der 50. Naturforscher-Versammlung zu München sprach am 19. Sept. v. Js. in der Sektion für innere Medizin Prof. Nothnagel zu Jena über experimentelle Untersuchungen über die Addison'sche Krankheit. Derselbe ist von dem Gedanken ausgegangen, dem menschlichen Befunde bei Morbus Addisonii möglichst entsprechende Verhältnisse herzustellen, d. h. die Nebennieren nicht zu exstirpiren, sondern sie in einen Zustand chronischer Entzündung zu versetzen. Die Versuche wurden ausschliesslich an Kaninchen gemacht. Ebensowenig wie frühere Experimentatoren konnte Redner die Angabe Brown-Séquard's, dass die Zerstörung der Nebennieren an sich ein lebensgefährlicher Eingriff sei und dass in Folge davon im Blute Pigment auftrete, bestätigen. Die neuere Angabe einer vermehrten Indican-Ausscheidung im Harne bei Morbus Add. konnte er klinisch allerdings nachweisen, dieselbe hängt aber nicht im Entferntesten von der Zerstörung der Nebennieren ab, sondern nach seiner Ansicht von der bei Bronzekrankheit fast stets vorhandenen Darmaffektion. — Die Zerquetschung der Nebennieren selbst ruft ziemlich lebhafte Schmerzäusserungen hervor. Wenn die Operation nicht in den ersten Tagen durch Peritonitis oder durch Shok zum Tode führt, so können die Thiere monatelang darnach bei völligem Wohlbefinden und ohne die mindesten Abnormitäten zu zeigen erhalten bleiben. Wenn sie nach 2—4 Monaten, gewöhnlich in Folge der Eiterung der Muskelwunde, starben, fand man dann die Nebennieren in haselnussgrosse, vollkommen aus dickem käsigen Brei bestehende Geschwülste verwandelt, welche keine Spur mehr von normalem Gewebe enthielten. Die Ganglien des Sympathikus (Plexus solaris) zeigten in diesen Fällen keinerlei Veränderung. — Nur in einem Falle gelang es, das Thier länger am Leben zu erhalten. Sechs Monate nach der Operation entwickelten sich bei demselben kleine grauschwarze Flecken auf der Mundschleimhaut, genau von derselben Farbe, wie bei Morbus Addisonii, welche früher sicher nicht dagewesen waren und unter den Augen Nothnagel's während 6—8 Wochen wuchsen, dann anfingen sich wieder zu verkleinern und nach weiteren 6 Wochen gänzlich verschwunden waren. Neun Monate nach der Operation wurde das Thier getödtet. Die eine Nebenniere war auf ein Dritttheil ihres Volumens verkleinert, meist aus Bindegewebswucherung bestehend, sonst gar kein normales Gewebe mehr enthaltend, die andere war nur sehr wenig verändert. Die sympathischen Ganglien erschienen mit unbewaffnetem Auge gar nicht, mikroskopisch allerdings verändert, doch musste es zweifelhaft bleiben, ob die bestehenden Verhältnisse nicht in die Gränzen des Normalen fallen konnten. Nothnagel, welcher diese Versuche noch fortsetzt, behält sich die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen vor. (Allg. med. Central-Zeitg., 1878, Nr. 47.) —

Auf dem vorjährigen internationalen mediz. Kongresse zu Genf berichtete Dr. Trachaud folgende über die Anästhesirung bei der Entbindung übereinstimmend gefasste Beschlüsse: 1) Die Anwendung der Anästhetika soll bei allen Entbindungen, selbst bei ganz regelmässigen, in Gebrauch kommen. 2) Die bisher gebräuchlichen Mittel sind Aether, Chloroform, Amylen, Laudanum, Morphium subkutan und Chloral innerlich oder als Lavement. 3) Das Chloroform ist

allen anderen Mitteln vorzuziehen. 4) Man reiche es nach der Show'schen Methode in kleinen Dosen bei Beginn jeder Wehe und höre damit auf, wenn die Wehen nachgelassen. 5) Die Chloroformirung werde nicht bis zur vollständigen Insensibilität, sondern nur bis zur Hemianästhesie fortgesetzt, so dass die Gebärende nur den Schmerz nicht fühlt. 6) Die Anwendung des Chloroforms geschehe meist im letzten Stadium des Geburtsaktes, nur in Ausnahmefällen, bei grosser Unruhe, bedeutender Nervosität warte man die Oeffnung des Muttermundes nicht ab, sondern schreite frühzeitig zur Applikation der Anästhetika. 7) Allseitige Erfahrungen haben ergeben, dass die Anästhetika weder die Kontraktionen der Uterusmuskulatur noch die der Bauchmuskeln aufheben, dass sie dagegen den Widerstand der Perinäalmuskeln beseitigen. 8) Die Anwendung der Anästhetika hat keinen nachtheiligen Einfluss auf die Gesundheit weder der Mutter noch der Kinder. 9) Durch Milderung der Schmerzen bewirken die Anästhetika eine Beruhigung des Nervensystemes der Kreissenden und gestalten auch einen milden Verlauf des Wochenbettes, sowie eine rasche Erholung der Wöchnerinnen. 10) Bei Nervösen zumal verhindern die Anästhetika ein etwaiges Auftreten von gefährlichen Hirnerscheinungen. 11) In den naturgemäss verlaufenden Entbindungen sind die Anästhetika da indizirt, wo die Geburt in Folge früherer Erkrankungen langsam vor sich geht oder wo die Wehen unregelmässig, sehr schmerzhaft sind. 12) Ohne Zustimmung der Gebärenden und ihrer Familie darf das Chloroform nicht zur Anwendung gebracht werden. (Annales de la société de Médec. de Gand, 1877, Nr. 12.) —

Oberstabsarzt Dr. Kirchner hat Thierversuche angestellt über Refrigeration und Insolation, um aus der Vergleichung dieser verwandten Vorgänge mehr Einsicht in ihre Pathogenese zu gewinnen. Danach charakterisirt sich die Refrigeration als Unterdrückung der Lebensthätigkeit, zunächst der Athmung und Blutbewegung. Die dadurch bedingte morphotische und chemische Alteration des Blutes, speziell seine Sauerstoffverarmung, ist die nächste Ursache von Störungen, welche das Leben unmittelbar gefährden. Die Wärme dagegen wirkt auf den thierischen Organismus als Reiz, der im Uebermaasse zur Erschöpfung führt. Diese bildet das Wesen der Insolation. Ihren Erscheinungen liegt, wie bei der Refrigeration, Blutsauerstoff-Verarmung zu Grunde, die auch hier in Folge der erlöschenden Athmung und Blutbewegung eintritt. Den höchsten Grad des Blutsauerstoffmangels bezeichnet hierbei der Eintritt der Kälte, beziehungsweise Wärmestarre. Beide sind identisch mit der Todtenstarre, als anämischer Muskeltetanus, welcher nach dem Absterben der Centralorgane den örtlichen Muskeltod einleitet. Die tonische Muskelstarre ist, unterschieden von der Kotgelation, beziehungsweise Koagulation der Muskeln, Folge extremer Temperaturen, welche bei der Refrigeration und Insolation für gewöhnlich nicht in Betracht kommen. — Diese deletäre Wirkung extremer Temperaturen auf den Organismus wird durch andere schwächende Einflüsse unterstützt, soferne sie Sauerstoffverarmung und Erschöpfung der organischen Reizbarkeit begünstigen. Es gehört hierher besonders auch der Alkohol-Missbrauch. Diese Hilfsursachen bilden ein weiteres Objekt der Hitzschlag-Prophylaxe und sind in dieser Beziehung zweckentsprechende Auswahl der Mannschaften und angemessene Marschcadence besonders zu beachten. — Ausser diesen akut verlaufenden Effekten von Hitze- und Kälte-Einwirkung, die gewöhnlich als Refrigeration und Insolation bezeichnet werden, gibt es ähnliche chronische Zustände, die aus der allmähligen Wirkung extremer Temperaturen auf den Organismus hergeleitet werden müssen. Sie kennzeichnen sich auch in unseren Gegenden, zumal bei schwächlichen Personen, durch Erscheinungen der Blutleere und Erschöpfung, wie sie in höheren Graden zum Theile die Grundlage der Tropen-, beziehungsweise Polar-Kachexie bilden. Es wird dadurch das Niveau der organischen Widerstandskraft wie Leistungsfähigkeit im Allgemeinen herabgesetzt. Ob ausserdem noch andere spezifische Krankheiten von Hitze- und Kälte-Einwirkung ihren Ursprung nehmen, ist eine offene Frage. Es ist eine noch immer unaufgeklärte Thatsache, dass der Abdominaltyphus am häufigsten im Spätsommer und gegen den Ausgang des Winters auftritt. Auch bei unseren Truppen macht man diese Beobachtung und zwar besonders, wenn sie bei Sonnenhitze grosse Anstrengungen hatten. Da eine äussere Infektionsquelle oft nicht erkennbar ist, scheint es in der That denkbar, dass solchen Infektionen wenigstens subsidiär morphotische und chemische Blut- und Gewebs-Alterationen zu

Gründe liegen, welche als pathologische Effekte der Insolation und Refrigeration konstatirt sind. (Allg. med. Central-Zeitung, 1878, Nr. 47.) —

Einen höchst werthvollen Beitrag zur Kenntniss des Verhältnisses der zymotischen Krankheiten zur Verunreinigung der Luft der Häuser durch Kommunikationen mit Kanälen, durch Kanalgase, liefert der Sanitätsbeamte von Glasgow, Dr. James Russel, in einem Vortrage vor der philosophischen Gesellschaft dieser Stadt, zu dem er das Material aus sehr genau geführten Zählkarten mit Angabe der Lage der Häuser, der Waterklosets, Abtrassergruben u. s. f. über die Diphtherie- und Typhus-Todesfälle während eines Zeitraumes von $3^1/_2$ Jahren (bis Dez. 1877) gewann. Die Gesammtzahl derselben betrug 420, beziehungsweise 833; verwerthet wurden aber aus leichtverständlichen Gründen nur jene Fälle, welche auf Häuser mit einer oder zwei Wohnungen trafen, über deren Zahl und Kanalverbindungen sowie Bewohnerzahl der Vortragende genaue und offizielle Zusammenstellungen besass. Im Allgemeinen ergab sich, dass 33 pCt. der Häuser mit einer und 69 pCt. mit zwei Wohnungen auf irgend eine Weise mit den Kanälen in Verbindung standen, sei es durch Waterklosets in der Wohnung, mit der ohne Grube, sei es durch Abwassergrube ohne Kloset in der Wohnung selbst. Während nun die Zahl der Häuser mit nur einer Wohnung und Waterkloset in derselben zu gering war, um eine verlässige Basis für die Berechnung zu liefern, ergab sich für derartige Häuser ohne jegliche Kanalverbindung eine Mortalität an Diphtherie von 120 und an Typhus von 249 auf die Million Bewohner; für solche Häuser mit Kanalverbindung von 253 bez. 677 pro Million; für Häuser mit zwei Wohnungen und ohne Kommunikation mit den Kanälen von 127 an Diphtherie und 386 an Typhus, dagegen für solche Häuser mit Gruben von 275, bez. 465 und, wo noch überdies Waterklosets in den Wohnungen waren, eine Sterblichkeit von 418 bez. 665 pro Million. Die geringste Sterblichkeit traf also auf jene Häuser, welche gar keine Verbindung mit den Kanälen hatten, die höchste auf jene Häuser mit zwei Wohnungen, welche sowohl durch Waterkloset-Röhren als Abwassergruben mit den Kanälen in Verbindung standen. Noch höher war die Sterblichkeit in Häusern mit 3, 4 oder noch mehr Wohnungen, da selbstverständlich diese in weitaus grösserer Zahl nach den Kanälen drainirt sind. Leider konnte Russel über diese keine vollständige Statistik gewinnen. Es ist nach den genannten Sterblichkeitsverhältnissen, welche sich mit der Zunahme der Kanalverbindungen so bedeutend erhöhen, im höchsten Grade wahrscheinlich, dass die spezifischen Keime durch die Kanalgase verbreitet werden. Die viel geringere Sterblichkeit in den Häusern mit 1—2 Wohnungen hängt offenbar von dem Fehlen von Kanalverbindungen in so vielen derselben ab, denn würden alle Häuser gleichmässig kanalisirt sein, also der Eintritt von Kanalgasen überall ein ungehinderter sein, so müssten nach dem allgemeinen Gesetze anderer Krankheiten in den kleineren Häusern die zymotischen Krankheiten auch die grösste Ausbreitung finden. Um diese Krankheiten auf das mögliche Minimum zu beschränken, erachtet es Redner für nothwendig, dass nicht allein alle inneren Verbindungen der Häuser mit den Kanälen so weit wie möglich entfernt werden, sondern auch, dass die Strassen- und Haus-Kanäle, jeder für sich, ventilirt werden müssen. Ferner müsste der Gebrauch von Cisternen-Wasser für diätetische Zwecke vollständig aufhören. (The Brit. med. Journal, Nr. 906, 1878.) —

Auf dem 7. Kongresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie hielt Prof. Dr. Hueter einen Vortrag über skrophulöse und tuberkulöse Gelenkentzündung. Die Veranlassung, den erwähnten Gegenstand zu behandeln, knüpfte sich an eine Sitzung der pathologisch-anatomischen Sektion der letzten Naturforscherversammlung. Dieselbe sei eine denkwürdige gewesen, insofern die Untersuchungen, die dort vorgetragen worden seien, trotz der verschiedenen Art, wie sie angestellt waren, alle zu demselben Resultate führten, nämlich: dass die Tuberkulose eine Infektions-Krankheit sei. Er habe sich mit den Herren, die vornehmlich im Leichensaale arbeiteten, über zwei Punkte in Differenz befunden. Einmal schienen die pathologischen Anatomen die Skrophulose zu wenig zu berücksichtigen und dann stellten sie in der sogenannten Lokal-Tuberkulose eine von der verbreiteten Tuberkulose vollkommen differente Krankheit auf. Es sei wünschenswerth, dass diesen klinischen Fragen auch die Kliniker nahe träten. Was nun zu-

nächst die Skrophulose beträfe, so könne der Kliniker ohne diesen Begriff nicht auskommen, wovon Redner sich in der Praxis bald überzeugt habe. Wenn in der Literatur von Einzelnen, z. B. von Sayer, behauptet werde, es gäbe gar keine Skrophulose, so sei dies nur für einzelne glückliche Länder richtig; dem gegenüber ständen andere, in welchen dieselbe sehr verbreitet sei. Wir Deutsche müssten jedenfalls mit der Skrophulose rechnen. — Was das Verhältniss der Skrophulose zur Tuberkulose anlange, so setze die Tuberkulose erst in dem Endstadium der ersteren ein. Die Behauptung der pathologischen Anatomen, die Skrophulose sei in einigen Fällen harmlos, in anderen dagegen von vornherein eine Tuberkulose, sei ein Irrthum. Ohne behaupten zu wollen, dass alle Skrophulösen tuberkulös werden müssten, müsse Redner doch sagen, dass ein Skrophulöser immer ein Kandidat für Tuberkulose sei. Gäbe es in der That zwei getrennte Gruppen der Skrophulose, so müsse man sie auch klinisch unterscheiden können; dies sei aber bisher nicht der Fall gewesen. Er frage desshalb zunächst, ob Jemand im Stande sei, zu sagen, welche Fälle von Skrophulose zur Tuberkulose führten und welche nicht? — Was die Lokal-Tuberkulose anlange, so habe er schon in München davor gewarnt, die Synovial-Tuberkulose als eine lediglich lokale zu betrachten. Dem gegenüber habe Klebs auf Cohnheim's negative Resultate der Impfungen in die vordere Augenkammer mit Tuberkeln der Synovialis hingewiesen, allein Herr Weigert, der Assistent Cohnheim's, dieses Ergebniss sofort desavouirt und darauf aufmerksam gemacht, dass Cohnheim inzwischen, wenn auch erst nach einer längeren Latenz, auch mit Synovialtuberkeln positive Resultate erzielt habe. Er habe nun versucht, inzwischen sich selbst über diese Fragen zu informiren. Auf seiner Klinik sei bei einem 45jährigen Manne, der an einer anscheinend ganz unschuldigen Kniegelenkentzündung gelitten habe, chronischer Bronchialkatarrh aufgetreten. Hierdurch besorgt gemacht, habe Redner aus Vorsicht das Kniegelenk resezirt und in dem Gelenke Tausende von Tuberkeln angetroffen. Mit diesem Präparate habe er 4 Kaninchen geimpft. Nach 51 Tagen seien bei 3 Kaninchen — das vierte war unterdessen gestorben — Iris-Tuberkel der allerschönsten Form aufgetreten. Die Thiere wurden zu verschiedenen Zeiten getödtet und zeigten sämmtlich auch in den Lungen Gruppen miliarer Knötchen. Es habe sich also um eine Allgemein-Infektion gehandelt und könne das Impfmaterial, des etwas verspäteten Eintrittes des Erfolges wegen, höchstens in etwas unschuldiger angesehen werden; doch sei es von den ächten Tuberkeln nicht zu trennen. Gleichzeitig mit den geschilderten Experimenten wurden kleine Partikel Eiter aus dem Gelenke eines skrophulösen Individuums einem Kaninchen in die vordere Augenkammer übertragen. Hierdurch wurde schon nach 30 Tagen eine Allgemein-Eruption von Hunderten von miliaren Tuberkeln erzielt. Ebenso wie mit Lokal-Tuberkeln liess sich also auch mit skrophulösem Materiale Tuberkulose experimentell hervorrufen. Der betreffende Skrophulöse sei übrigens genesen, die kranken Massen also frühzeitig genug entfernt worden. Er frage nun: wie die Versammlung über die Prognose der tuberkulösen Synovitis denke? ob sie glaube, dass es da ganz harmlose Fälle gäbe, oder ob, wie Redner dies thue, jeder einzelne Fall mit Argwohn betrachtet werden müsse? — Eine weitere Frage ergäbe sich aus dem Wundverlaufe nach Operation von Fistelgängen aus skrophulösen Gelenken. Zunächst zeige sich vollkommen aseptischer Verlauf; nach einiger Zeit aber nähmen die Granulationen wieder das skrophulöse Ansehen an. Nun würden wiederum therapeutische Eingriffe vollzogen, z. B. der Thermokauter Paquelin angewandt und zwar zunächst mit gutem Erfolge. Wiederum schössen gute Granulationen auf, um nach einiger Zeit nochmals den gelbgrauen, skrophulösen Infiltrationen Platz zu machen. Man könne Angesichts dieser Beobachtung nur annehmen, dass die Ursache des Auftretens dieser Veränderungen im Wundverlaufe innerhalb des Körpers gelegen sei, dass es eine Abweichung der Konstitution, dass es eben die Skrophulose sei, welche diese Schwierigkeit der Wundheilung bedinge, welcher Herr zu werden bisher noch nicht gelungen sei. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, 22. Juni.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 28. *Erlangen*, am 13. Juli 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von 1 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Milzbrand. Ueber Bleiwirkung. Ueber Kohlenstaubinhalation. Nahrungszufuhr durch das Rectum. Ueber Scharlachfieber. Diabetisches Koma. Die „Wollsortirerkrankheit". Sektionsergebnisse an Diphtherieleichen. Luftinsufflationen zur Erleichterung chirurgischer Operationen.

Dass der Milzbrand durch eine Bakterie, den Bacillus anthracis, erzeugt werde, ist durch die schönen Untersuchungen des Herrn Dr. Koch (Beiträge zur Biologie der Pflanzen) über allen Zweifel festgestellt worden. Zu einem gleichen Resultate sind später die Herren Pasteur und Joubert gelangt, als sie die Bakterien an Milzbrand gestorbener Thiere in zwölf successiven Kulturen gezüchtet, von denen jede in 10 Ccm. Flüssigkeit einen Tropfen der vorhergehenden enthalten, und die letzte ihre Virulenz unverändert bewahrt hatte. In derselben Absicht gingen beide in Gemeinschaft mit Herrn Chamberland an die gleiche Untersuchung der septischen Vibrionen, die einem an Septikämie gestorbenen Thiere entnommen waren. Aber alle Kulturversuche schlugen fehl, obschon die allerverschiedensten Nährflüssigkeiten benutzt wurden; es entwickelten sich keine septischen Vibrionen, sondern Rosenkränze kleiner kugeliger Körperchen von äusserster Zartheit, die aber ohne Virulenz waren. Da es sich hier wahrscheinlich um eine Verunreinigung mit anderen Organismen handelte, wurden die septischen Vibrionen mit den nothwendigen Vorsichtsmassregeln dem Blute selbst entnommen; doch auch jetzt waren die Vibrionen steril. — Es drängte sich nun die Vermuthung auf, dass die septischen Vibrionen Anaërobia wären und die Sterilität daher rühre, dass die Vibrionen vom Sauerstoffe getödtet würden. In der That bestätigte der Versuch dies vollkommen. Im vollkommenen Vacuum entwickelte sich Vibrio septica mit Leichtigkeit, und nicht weniger schön entwickelten sich diese Organismen in einer Atmosphäre reiner Kohlensäure. — Die nothwendige aus diesen Ursachen sich ergebende Konsequenz war, dass in einer mit septischen Vibrionen besäeten Flüssigkeit, die in Berührung mit reiner Luft kommt, die Vibrionen getödtet werden und ihre Virulenz verschwinden müsse. Und dies war in der That der Fall. Wenn man nämlich einige Tropfen septischen Serums in sehr dünner Schicht in einer horizontal liegenden Röhre ausbreitet, dann wird die Flüssigkeit in weniger als einem halben Tage unwirksam und alle Vibrionen, welche als bewegliche Stäbchen wirklich vorhanden gewesen, sind verschwunden; nach der Einwirkung der Luft findet man nur noch feine amorphe Körnchen, die weder zu einer Kultur noch zur Uebertragung irgend einer Krankheit geeignet sind. — Anders wie die septischen Vibrionen verhalten sich aber die Keime derselben, die unter dem Mikroskope als kleine glänzende Körperchen erscheinen; diese bleiben bei der Berührung mit der Luft unverändert und behalten stets ihre Fähigkeit zu Kulturen wie zu neuen Infektionen. Es ist nun schwer zu begreifen, wie die septischen Keime an die Oberfläche von Gegenständen kommen, die sich in der Luft oder im Wasser befinden, da sie doch hier nicht aus den anaërobien Vibrionen entstanden sein können. Wenn die Keime zwar von der Luft nicht angegriffen werden, so konnten ihre

Erzeuger doch niemals an der Luft existiren; wie sind also die Keime an die Luft gelangt? — Nachstehender Versuch beseitigt diese Schwierigkeit. Nimmt man nämlich eine Quantität Serum mit septischen Vibrionen, die im Begriffe sind sich durch Theilung fortzupflanzen, und exponirt die Flüssigkeit der Luft so, dass das Serum eine Schicht von etwa 1 Cm. Dicke bildet, so beobachtet man nach wenigen Stunden, dass in den oberen Schichten der Flüssigkeit die Farbe sich verändert hat und die Vibrionen getödtet und verschwunden sind (als Wirkung des absorbirten Sauerstoffs). In den tieferen Lagen hingegen am Boden der Schicht, wo die Vibrionen gegen den Sauerstoff geschützt sind, vermehren sie sich durch Theilung und gehen nach und nach in den Zustand der Keimkörperchen über. Anstatt der sich bewegenden Fäden von verschiedener Länge sieht man dann unter dem Mikroskope einen Staub glänzender Punkte, welche, unempfindlich gegen den Sauerstoff, den septischen Staub bilden und auf alle fäulnissfähigen Flüssigkeiten ausgesäet werden, überall hingelangen können und die putriden Krankheiten an der Erdoberfläche permanent machen. — Herr Pasteur hebt besonders die Bedeutung dieser gefundenen Thatsachen für die Theorie der Kontagien hervor. Sie liefern nämlich den Beweis, dass man für eine Reihe von Krankheiten für immer die Vorstellung von spontaner Virulenz, von Kontagien, die plötzlich im Körper der Menschen und der Thiere entstehen und sich weiter fortpflanzen können, und dergl. mehr, aufgeben müsse, dass vielmehr übertragbare, kontagiöse und Infektions-Krankheiten existiren, deren Ursache ausschliesslich in der Gegenwart mikroskopischer Organismen beruht. Es wäre höchstens zu untersuchen, ob vielleicht neben unseren Vibrionen nicht noch ein besonderes, von diesen unabhängiges Gift in den Flüssigkeiten oder festen Körpern vorhanden sei, so dass die Vibrionen nur eine Begleiterscheinung wären. „Aber was sehen wir in den Resultaten, die ich eben mitgetheilt? — Wir sehen, dass eine septische Flüssigkeit, die in dem Momente entnommen ist, wo die Vibrionen noch nicht in Keime umgewandelt sind, alle Virulenz verliert durch die blosse Berührung mit der Luft und diese Virulenz behält, obwohl sie der Luft ausgesetzt ist, wenn sie nur eine bestimmte Dicke während einiger Stunden behalten kann. Im ersten Falle, nach dem Verluste der Virulenz bei der Berührung mit der Luft, ist die Flüssigkeit nicht fähig, sie durch Kultur wieder zu erlangen; im zweiten Falle aber behält sie die Virulenz und kann sie von Neuem fortpflanzen, selbst nachdem sie der Berührung mit der Luft ausgesetzt worden. Man kann daher nicht behaupten, dass ausser und neben den reifen Vibrionen und ihren Keimen eine besondere giftige Substanz in flüssigem oder festem Zustande existirt. Man kann auch nicht eine virulente Materie annehmen, welche ihre Virulenz genau zu derselben Zeit verliert, in welcher die reifen Vibrionen zu Grunde gehen, denn diese hypothetische Materie müsste ihre Virulenz auch verlieren, wenn die in Keime umgewandelten Vibrionen der Luft exponirt würden. Da aber in diesem Falle die Virulenz bleibt, so kann diese nur von der Gegenwart der Keimkörperchen herrühren". — Herr Pasteur erwähnt zum Schlusse noch kurz die Ergebnisse von Versuchen über das gleichzeitige Impfen von verschiedenen Mikroorganismen. So erzeugt das eiterbildende Mikrobion, wenn es allein geimpft wird, einen gebundenen, weissen, kaum gelblich gefärbten Eiter ohne pyopene Membran. Hat man neben diesem Mikrobion noch septische Vibrionen geimpft, so entsteht gangränöser, stinkender, grünlicher Eiter mit Infiltrationen in den erweichten Fleischmassen. Ebenso kann man das Eiter-Mikrobion mit der Milzbrand-Bakterie kombiniren und einen eiterigen Karbunkel erhalten; doch muss in diesem Falle die Bakterie der Menge nach überwiegen, weil sie sonst leicht von dem Eiter-Mikrobion erstickt würde. Kurz — man kann je nach Auswahl der spezifischen Mikrobien, die man auf den Organismus einwirken lässt, beliebige Kombination von Infektionen hervorbringen. (Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, Tome LXXXVI. 29. Avril 1878.)

Auf der vorjährigen 50. Naturforscherversammlung zu München sprach am 19. Sept. in der Sektion für innere Medizin Dr. Franz Riegel aus Köln über die Wirkung des Bleies. Seine Untersuchungen galten in erster Linie der Frage nach der Art der Gefässveränderung bei der Bleikolik. Sodann war die Frage zu entscheiden, wie sich im Verlaufe der Bleikolik je nach den einzelnen Stadien derselben die Gefässspannung ändere; insbesondere war die genauere Beziehung der Gefässspannung zum Schmerze zu untersuchen. Auch die Störungen der Darmfunktionen, so-

wie das Verhalten weiterer Sekretionen, so vor Allem des Harnes, waren genauer zu verfolgen. Das Material dieser seit drei Jahren fortgesetzten Untersuchungen lieferten 219 mit Bleikolik behaftete Kranke. In Betreff der ersten Frage, der Frage nach der Pulsveränderung bei Bleikolik, hat Frank auf Riegel's Veranlassung bereits früher Mittheilungen gemacht. Auch die seither bis jetzt fortgesetzten Untersuchungen des Vortragenden haben nur die früher bereits mitgetheilten Resultate bestätigt, die im Allgemeinen eine ungewöhnlich hohe Spannung des Gefässrohres, einen beträchtlich erhöhten Druck beweisen. Insbesondere ist das Ausgeprägtsein der Elastizitäts-Elevationen, die Kleinheit der Rückstosswelle, die auffallend breite Gipfelkuppe und das Hochrücken der ersten Elastizitäts-Elevation von Bedeutung. Die erwähnte Pulsveränderung muss als ein wesentliches, nie fehlendes und darum charakteristisches Symptom der Bleikolik bezeichnet werden. Während aber die früheren Untersuchungen nur im Allgemeinen ergeben hatten, dass dieser Puls während der ganzen Dauer der Erkrankung sich erhalte und erst mit dem Eintreten der Rekonvalescenz schwinde, ohne dass ein konstantes Verhältniss zwischen Schmerz und Gefässspannung nachgewiesen worden war, zeigten weiter fortgesetzte Untersuchungen dem Vortragenden eine viel direktere Beziehung der Gefässveränderung zu den Schmerzanfällen. Es ergab sich aus vielen Untersuchungen als durchaus konstantes Gesetz, dass: je intensiver der Schmerz, um so intensiver auch die Gefässspannung ist, dass Intensität des Schmerzes und Grad der Gefässspannung einander vollkommen parallel auf- und abgehen. So sicher gehen beide einander stets parallel, dass man bei einiger Erfahrung auf Grund der Pulsuntersuchung bereits sagen kann, ob der Kranke Schmerz habe, und dass man hieraus selbst ein Urtheil über Zu- und Abnahme desselben sich bilden kann. — Was zweitens die wiederholt diskutirte Frage nach dem Grunde der Obstipation und ihrer Beziehung zum Schmerze betrifft, so sprechen die Beobachtungen Riegel's nicht zu Gunsten der von Traube aufgestellten Behauptung, dass die Schmerzen lediglich die Folge der heftigen und durch die festen Kothmassen gehemmten Peristaltik seien. Es zeigte sich keineswegs, dass in Fällen, in welchen reichliche Darmentleerungen eintraten, stets auch die Kolikanfälle rasch schwanden. Selbst in Fällen, in welchen von einer Retention fester Kothmassen sicher nicht mehr die Rede sein konnte, dauerten trotzdem heftige Schmerzen nicht selten noch an, während umgekehrt trotz hartnäckiger Obstipation jede Schmerzhaftigkeit nicht selten fehlte; dagegen gingen die Veränderungen der Gefässspannung stets dem Grade der Schmerzhaftigkeit parallel. — Es ergab sich ferner, in voller Uebereinstimmung mit der oben erwähnten abnormen Härte und Spannung des Pulses, die eine Stromverlangsamung zur Folge haben musste, eine dieser Gefässspannung stets entsprechende Verminderung der Diurese. Es zeigte sich als Gesetz, dass, wie mit der Zunahme des Schmerzes die Spannung des arteriellen Gefässsystemes in gleichem Grade wuchs, so auch mit ihr parallel die Menge des ausgeschiedenen Harns sich verminderte. Die Verringerung der Diurese war demgemäss auf der Höhe der Krankheit oft eine sehr beträchtliche, so dass in 24 Stunden oft kaum 200 Cc. Harn entleert wurden. — Nachdem demnach durch die erwähnten Thatsachen die bereits früher von Riegel ausgesprochene Annahme eines erhöhten Gefässtonus, einer abnormen Gefässspannung bei Bleikolik weitere wesentliche Stützen gewonnen hatte, nachdem ferner durch diese Untersuchungen eine äusserst innige Beziehung zwischen Schmerz und Gefässspannung festgestellt war, gewann auch die Frage nach der Art dieser Beziehung eine grössere Bedeutung. Wurde den Kranken auf der Höhe der Schmerzanfälle Morphium eingespritzt, so gelang es wohl stets, den Schmerz zu koupiren; ein Einfluss auf die Gefässspannung liess sich jedoch dabei in keiner Weise konstatiren. Daraus kann indessen keineswegs gefolgert werden, dass die erhöhte Gefässspannung nicht die Folge der sensiblen Erregung sein könne, da das Morphium wohl die sensible Erregung nicht mehr zum Bewusstsein kommen lässt, während die reflektorische Erregbarkeit der Gefässnerven in ungestörter Weise erhalten bleibt. Wurde dagegen direkt die Gefässspannung herabgesetzt, wie durch Amylnitrit oder Pilocarpium muriaticum, also Mittel, welche nur eine Gefässerschlaffung zur Folge haben, so trat, wie Frank und Bardenhewer bereits früher mitgetheilt haben, stets mit der Gefässerschlaffung eine dieser entsprechende Schmerzlinderung oder selbst vollständige Schmerzpause ein. Somit kann bei der jetzt nachgewiesenen innigen Beziehung von Schmerz und Gefässspannung nur die

Annahme Platz greifen, dass der Schmerz erst Folge der abnormen Gefässspannung sei oder dass beide Folge derselben Erregung sind, welche letztere Annahme um so mehr begründet erscheint als durch die Colin'schen Versuche die grosse Empfindlichkeit der Gefässnerven der Baucheingeweide nachgewiesen ist. — Auch die übrigen Symptome lassen sich aus dieser Annahme einer Reizung der vasomotorischen Nerven leicht erklären. Bei dieser beträchtlichen Drucksteigerung, die nicht sowohl als eine hochgradige Verengerung als vielmehr als eine abnorme Spannung des Rohres zu denken ist, die, wie ja schon die Betrachtung der Pulskurve zeigt, eine Pulsverlangsamung zur Folge haben muss, erscheint eine dieser abnormen Gefässspannung und erschwerten Cirkulation entsprechende Verminderung der Diurese leicht verständlich. Mag endlich auch die verminderte Darmsekretion zum Theile die Trockenheit der Fäces und die erschwerte Fortbewegung derselben begünstigen, so wird doch die durch den Gefässkrampf und die verlangsamte Blutströmung veranlasste Anämie des Darmes sicher in nicht geringen Graden Antheil an der verminderten Peristaltik und der oft so hartnäckigen Obstipation haben. (Allgem. mediz. Central-Zeitung, 1878, Nr. 49.) —

Im pathologisch-anatomischen Institute zu Heidelberg stellte H. Ruppert experimentelle Untersuchungen über Kohlenstaubinhalation an und suchte durch dieselben folgende Fragen zu beantworten: Welche Veränderungen werden durch die Staubinhalation im Epitel der luftführenden Räume und in den tieferen Gewebstheilen der Respirationsorgane gesetzt? Dringt der Staub frei oder in Zellen eingeschlossen ein? Welchen Weg schlägt er hierbei ein und welche Kräfte dienen zu seiner Vorwärtsbewegung? — Die Versuche wurden an Kaninchen und Hunden angestellt und zwar erschien es geeigneter, den Kohlenstaub direkt in die Luftröhre einzuleiten als ihn durch den natürlichen Kanal der Nase inhaliren zu lassen. Ruppert band zur Erreichung dieses Zweckes den langen Schenkel einer T-förmigen Kanüle in die Luftröhre, versah die Querschenkel mit Ventilen, das eine für die Inspiration und das andere für die Exspiration eingerichtet und bezog die Inspirationsluft aus einem Raume, in welchem eine Petroleumlampe ohne Cylinder einen starken Russ verbreitete. In den grossen Bronchien wurde durch die meist zusammengeballten feinsten Kohlenpartikel keine merkliche Alteration gesetzt; der Staub fand sich frei oder in katarrhalische Zellen eingeschlossen, eine netzförmige Anordnung, welche auf Ablagerung in den Kinleisten hindeuten soll, ist dem Verf. selbst nicht ganz deutlich und beweisend vorgekommen. In den Alveolen liegt der Kohlenstaub etwa zwei Stunden nach Beendigung der Inhalation noch frei, später jedoch in Zellen eingeschlossen, welche Verfasser nach dem Vorgange von v. Ins Staubzellen nennt. Diese Zellen, nach Slavjansky Abkömmlinge farbloser Blutzellen, erweisen sich nach Ruppert als Lungenepitelien, welche er bei jungen Hunden und Kaninchen sehr schön in situ auffand, während nirgends Spuren einer Auswanderung aus den Gefässen wahrgenommen werden konnten. Die gegentheiligen Beobachtungen Slavjansky's erklärt Verfasser durch den heftigen Reiz, welchen die Suspensionen jenes Untersuchers in dem Lungengewebe hervorriefen (pneumonische Herde) und durch die Verstopfung zahlreicher Lungenkapillaren, welche Ruppert selbst bei Injektion solcher Aufschwemmungen erhielt, und welche bei der milden Methode der Kohlenstaub-Inhalation völlig ausser Spiel blieben. Diese Staubzellen führen nun die Kohle nicht etwa in das Gewebe weiter, sondern dahinein gelangen die Partikel in freiem Zustande, eine Einschleppung durch amöboide Zellen kommt sicher nur in sehr beschränktem Maasse vor. Der Weg des ersten Eindringens ist nicht ganz ausgemacht, jedenfalls fand Verfasser niemals Staub oder Staubzellen in den Alveolarseptis und erörtert die Täuschungen, auf welchen positive Angaben dieses Inhaltes beruhen dürften. Weiterhin finden sich die freien Kohlenpartikel in den Saftkanälen und den Lymphdrüsen, selten oder nie auf ihrem Wandern durch die Lymphgefässe. Da so weiche Körperchen wie die angewandten feinsten Kohlenstäubchen sich unmöglich durch Einbohren in den Geweben fortbewegen können, auch kein Objekt für einen derartigen Lokomotions-Vorgang spricht, so nimmt Ruppert als die befördernde Kraft die Lymphströmung an. (Virchow's Archiv, Bd. 73 S. 14.) —

Die erst in den letzten Jahren mehrfach in Aufnahme gekommene Zufuhr von Nahrung durch das Rektum beweist hinlänglich

ss auf diesem Wege eine Ernährung nicht oss möglich ist, sondern nach den Beobhtungen von Prof. Anitin Flint zu Nework auch lange Zeit hindurch fortgesetzt erden kann. In vielen Fällen wurden Mote hindurch ernährende Klystire mit stetiger nahme des Körpergewichtes gebraucht; in nem Falle wurde die künstliche Ernährung /4 Jahr und in einem anderen sogar fünf hre hindurch mit gutem Erfolge durchgehrt. Angezeigt ist diese Methode bei Vergerungen der Speiseröhre, bei Verletzungen es Pylorus, der Kardia oder bei Haematemesis, lagengeschwüren, Gastritis oder auch bei nstillbarem Erbrechen der Schwangeren. essgleichen kann man dieses Verfahren uch zur Anwendung bringen bei krebsigen ntartungen der Unterleibseingeweide, bei nüberwindlicher Anorexie oder bei darniederegender Geistesthätigkeit, bei Koma, Geistesörungen u. s. w. Eine bisher noch nicht ngegebene Indikation für die Ernährung urch den Mastdarm besteht auch in den ällen, in welchen zwar Nahrungsmittel eineführt und assimilirt werden, die jedoch icht hinlänglich sind zur Erhaltung des ebens. Verf.s Beobachtungen sprechen gegen eube, welcher Milch, Eier, Fleischbrühe ls ungeeignet für die in Rede stehende Erährungsart hält. Verf. hat gefunden, dass liese Stoffe im Mastdarme gut verdaut und ssimilirt werden, gibt jedoch zu, dass Zusatz on Pepsin, Pankreatin und Salzsäure die Verdauung daselbst ebenso wie die Magenerdauung verbessert und beschleunigt. Meist werden die Klystire bloss in das Rektum eingeführt, jedoch kann man auch mittelst biegsamer Röhren sie leicht bis in das Kolon hineinbringen. Die Menge der einzuspritzenden Substanzen betrage nie mehr als 100 bis 150 Grm., jedoch müssen die Klystire öfter des Tages wiederholt werden und von lauwarmer Beschaffenheit sein. Sofort nach Applikation des Klystires muss ein Druck auf den After mittelst eines Schwammes oder eines Taschentuches so lange ausgeübt werden, bis der Drang zum Stuhlgange beseitigt ist. Wenn erst das Intestinum rectum an die Einspritzung gewöhnt und der Stuhlgang regulirt ist, dann wird die Nahrung darin stets zurückgehalten, der Körper daran gewöhnt und es fliesst spontan wochen- und monatelang nichts mehr aus. Beschwerden von dieser Methode haben die Kranken niemals, sie sind sogar damit oft derartig befriedigt, dass sie nach der Genesung nur ungerne zur Ernährung durch den Mund zurückkehren möchten. (The New-York Med. Record, 1878, Nr. 14.) —

Die „Charité-Annalen", 3. Jahrgang, 1878, enthalten Mittheilungen von Prof. Henoch über das Scharlachfieber. Diese Arbeit basirt auf 125 Fällen von Scharlach, die in irgend einer Weise von dem normalen Verlaufe der Scarlatina abwichen. Anomalien des Fiebers. In den gewöhnlichen, von wichtigen Komplikationen freien Fällen steigt die Temperatur rapide auf 40° und darüber, zeigt während der Blüthezeit des Exanthems hohe Kontinua mit schwachen Morgenremissionen (höchstens 1°), um dann in allmähliger Defervescenz mit remittirendem Charakter bis zum völligen Verschwinden des Ausschlages auf die Norm abzusinken; nicht selten findet man aber auch nach völligem Abblassen des Exanthems und ohne dass Komplikationen bestehen, ein intermittirendes Fieber mit normalen Morgen- und höheren Abend-Temperaturen noch mehrere Tage andauern. — Unter den Abweichungen von diesem Verlaufe hebt Verf. nun folgende hervor: 1) langsames Ansteigen des Initialfiebers; 2) fieberloser Verlauf der ganzen Krankheit nach einem lebhaften Initialfieber; 3) Fieber mit Typus inversus; 4) Fieber mit ungewöhnlich geringer Temperatursteigerung; 5) abnorm lange Dauer des Fiebers (meist durch Komplikationen oder Folgekrankheiten, wie Otitis media oder externa, diphtherische Pharyngitis, glanduläre und phlegmonöse Entzündungen unter dem Kiefer bedingt). Betreffs der Malignität der Krankheit hebt Henoch hervor, dass es Fälle von scheinbarer Bösartigkeit gibt, in denen die Kranken vom Anfange an sich in einem somnolenten Zustande befinden, oder deliriren u. dgl. Diese sensoriellen Störungen werden lediglich durch die bedeutende Höhe des Fiebers bedingt, mit dessen Nachlass sie schwinden, hier hat auch die abkühlende Methode ebenso wie Chinin und Natron salicyl., Erfolge aufzuweisen, während diese antipyretischen Mittel fast immer fehlschlagen, wenn das hohe Fieber der Verkünder wirklich bösartiger Erscheinungen, die auf Virulenz der Infektions-Krankheit beruhen, ist. Letztere übt ihre Wirkung vorzugsweise auf das Herz und äussert sich besonders in zunehmender Schwäche, Ungleichheit und Frequenz des Pulses, womit Abkühlung der Extremitäten, Benommen-

heit des Sensoriums, kyanotische Verfärbung des Exanthems, Eiweissgehalt des Harns einherzugehen pflegen. Meist treten diese Erscheinungen, wenn überhaupt, schon in den ersten Tagen der Krankheit auf und zwar verlaufen am schlimmsten, fast absolut lethal die Fälle, in denen der Puls von vornherein enorm schnell ist (bis 170 Schläge und darüber), während gleichzeitig die eben erwähnten Kollapssymptome bestehen. Eine etwas günstigere Prognose lässt sich stellen, wenn diese Symptome erst nach völliger Entwicklung des Exanthems auftreten. — Um den dritten bis fünften Tag der Krankheit tritt auch die Tendenz zu sklerotisirenden (diphtherischen) Entzündungen zu Tage; auch hier ist die Beschaffenheit des Pulses von hervorragender prognostischer Bedeutung. — Als ungünstiges Symptom ist auch eine frühzeitig sich einstellende Diarrhoe anzusehen, welche häufig den Eintritt schlimmer Erscheinungen verkündet. — Die Angina erscheint in den ersten Tagen als eine einfach entzündliche oder follikuläre und nimmt erst am dritten oder vierten Tage der Krankheit den diphtherischen Charakter an. Von sehr böser Vorbedeutung ist die Coryza mit serös-jauchigem Sekrete. Eintretende Heiserkeit, die häufig grosse Beunruhigung erweckt, beruht unter Umständen lediglich auf einem bis zu den Stimmbändern sich verbreitenden Katarrh; zuweilen allerdings setzt sich der diphtherische Prozess auf die Luftwege fort, obwohl die skarlatinöse Diphtheritis, im Gegensatze zur wirklichen Diphtherie, im Allgemeinen nur eine geringe Tendenz hat, vom Pharynx aus in den Kehlkopf hinabzusteigen; eigentlich krupöse Symptome fehlen fast immer bei Scharlach; ebenso gehören die charakteristischen diphtherischen Lähmungen nach Scharlach zu den grössten Seltenheiten. Heftige Dyspnoe wird unter Umständen einzig und allein durch enorme Schwellung der Tonsillen und der anderen Rachengebilde, namentlich bei etwaiger Komplikation mit Coryza, bedingt. — Sehr bedenklich ist die als Angina Ludovici bekannte starre Infiltration des Halsbindegewebes. — Während der normale Scharlach nur eine geringe Neigung zur Komplikation mit Krankheiten der Respirationsorgane besitzt, fanden sich bei der Autopsie der meisten lethal verlaufenen Fälle entzündliche Affektionen der Athmungsorgane vor, die intra vitam bei dem Vorwalten anderer maligner Symptome übersehen worden waren. — Oefters kam Epistaxis in den ersten Tagen der Krankheit zur Beobachtung. Bronchialkatarrh, der im Blüthestadium des Scharlach auftrat, erschien, ebenso wie Broncho- oder Pleuropneumonie, als ein nicht günstiges, aber durchaus nicht absolut ungünstiges Symptom. — Von serösen Häuten werden vorwiegend die Synovialmembranen der Gelenke entzündlich affizirt. Zuweilen tritt nur Schmerzhaftigkeit der Gelenke auf, ohne Anschwellung oder Bewegshemmung; ungünstiger sind die Verhältnisse, wenn letztere Erscheinungen sich hinzugesellen. Unter Umständen kann eine derartige Synovitis auch chronisch werden. — Beachtenswerth ist ferner die Komplikation mit entzündlichen Affektionen des Herzens und die Aehnlichkeit mit dem akuten Gelenkrheumatismus wird dadurch noch grösser, dass auch beim Scharlach unter solchen Umständen Chorea auftreten kann. Uebrigens kann beim Scharlach, auch ohne Theilnahme der Synovialhäute, eine Endokarditis sich entwickeln, die, wie dies auch sonst im Kindesalter vorkommt, weit eher eine vollständige Rückbildung erfahren kann, als bei Erwachsenen. — Von nervösen Symptomen beobachtete Henoch Konvulsionen selbst in sehr schweren Fällen, nur ausnahmsweise; zwei Mal konstatirte er die von älteren Aerzten erwähnten Schmerzen in den Fingerspitzen, mehrmals Paralyse des N. facialis (ein Mal durch Druck angeschwollener Drüsen auf die Gegend des Proc. mastoïdeus, sonst durch Karies des Felsenbeines bedingt), zwei Mal Chorea, ein Mal Ataxie der unteren Extremitäten; Paralysen kamen niemals zur Beobachtung. — In Betreff der Erscheinung auf der äusseren Haut bespricht Henoch die grossen Verschiedenheiten des Exanthems. In einer Reihe von Fällen ist dasselbe nur äusserst schwach entwickelt und wird leicht übersehen; selbst der Arzt kann in Zweifel sein, ob hier Scharlach vorliegt, oder eines jener flüchtigen Erytheme, wie es bei verschiedenen fieberhaften Krankheiten der Kinder (Pneumonie, Angina u. dgl.) nicht selten vorkommt. Eine sehr häufige Varietät bildet die sogenannte Scarlatina variegata, bei welcher zwischen diffus gerötheten Hautstellen ganz normale, oder nur sehr schwach geröthete erscheinen; kommt es hierbei noch zu grösseren papulösen Hervorragungen, so liegt eine Verwechslung mit Masern sehr nahe. Uebrigens betrachtet Henoch diese

carlatina variegata als ein ungünstiges Symom, während kleine Blutextravasate in der aut ihm bedeutungslos erschienen. Als Prokte gesteigerter Dermatitis sind die miliaen Bläschen oder grosse pemphigde Blasen sowie die zuweilen beobachten wirklichen Urticaria-Quaddeln ansehen. Ganz frei von Ausschlag blieben st immer die Ober- und Unterlippe, das inn und die Gegend der Nasolabialfalten. ls ungünstiges Symptom ist die Umwandng der normalen Röthe in eine schmutzigide oder kyanotische Farbe anzusehen. Nur lten sah Verfasser Gangrän der Haut, dagen relativ häufig subkutane Abszesse wähnd der Rekonvalescenz. In 2 Fällen von carlatina sine exanthemate war keine t von Abschuppung wahrzunehmen; zwei al sah Verf. wirkliche Scharlachrecidive; m zweiten Anfalle folgte, ebenso wie dem sten, eine Abschuppung der Epidermis. — ıs den therapeutischen Bemerkungen bt Referent hervor, dass Henoch da, wo imulantien indizirt sind, dem Alkohol (Wein, gnac), dem Kaffee in starker Dosis, dem amphor und Moschus die ersten Stellen einumt. Ist das Schlucken durch enorme Anhwellung der Fauces unmöglich gemacht, wendet Henoch neben ernährenden Klyiren hypodermatische Injektionen n Kamphor an, entweder Ol. camphoatum oder in folgender Form: Rp. Camhorae trit. 0.6, Spir. vini rectif., Aq. est. ana 5.0. MDS. Eine Spritze voll zu jiziren. Wo ein antipyretisches Verfahren ngezeigt erscheint, da benützt er laue äder (von ca. 24° R.), nicht kalte, da er Folge zu energischer Kälteeinwirkung gede beim Scharlach Kollaps befürchtet; auch alte Waschungen oder hydropathische Einicklungen des ganzen Körpers werden von m in Anwendung gezogen. —

B. Foster theilt im Brit. med. Journ., 878, Jan. 19., 3 Fälle von Diabetikern mit, elche plötzlich unter den von Kussmaul ls „diabetisches Koma" beschriebenen rscheinungen erkrankten. Zwei starben, bei em einen, einem Knaben, ergab die Sektion ls auffallend nur ein blasses, rahmartiges, icht gerinnendes Blut, das an der Luft helr wurde. Unter dem Mikroskope zeigte es ine grosse Menge fettähnlicher Körnchen, ie sich aber in Aether nicht lösten. Eine hnliche Beschaffenheit nahm anderweitiges it Aceton versetztes Leichenblut an, während Zusatz von Chloroform, Alkohol oder Aether diese Beschaffenheit nicht hervorriefen. — In dem zweiten Falle wurde Karbolsäure angewandt, aber, wie Foster meint, zu spät und darum ohne Erfolg. — Der dritte Pat., 64 Jahre alt, welcher zuerst eine geringe Infiltration im rechten unteren Lungenlappen, dann nach eingetretener Besserung die Erscheinungen des diabetischen Koma, wobei der Urin Aceton-Reaktion und der Athem den charakteristischen Geruch zeigte, genas unter dem Gebrauche von Karbolsäure (2 Grains ein-, dann zweistündlich) und Opium. Letzteres Mittel sollte die Zuckermenge herabsetzen, welche auch in der That abnahm, ersteres die Umwandlung des Zuckers in Aceton verhindern. Zu diesem Zwecke würde sich auch Salicylsäure und (nach dem Vorschlage von Burdon-Sanderson) besonders Thymol eignen. — Das Fehlen des Acetongeruches im Athem in manchen derartigen Fällen wie auch im ersten Falle Foster's erklärt dieser aus dem Verhalten der Körpertemperatur. Das Aceton ist nämlich erst bei hoher Temperatur flüchtig und geht z. B., wie er fand, als Harn erst bei 100° F. über. Daher soll man den Geruch leichter bei fiebernden Diabetikern wahrnehmen (Senator sah einen Diabetiker, der seit langer Zeit Karbolsäure in ziemlich grossen Dosen nahm, unter dem Gebrauche derselben an diabetischem Koma sterben).

Vor 40 Jahren wurde zuerst Mohair (Kameelgarn) und Alpaca eingeführt und schon wenige Jahre darauf traten plötzliche und unerklärbare Todesfälle bei den Wollsortirern ein, ohne dass die Leichenuntersuchung im Stande war, Wesen und Ursache der Erkrankung festzustellen. Die Erscheinungen bestanden in Frostgefühl, Durst, Schmerz, Erbrechen oder Diarrhoe, sehr geringem Husten ohne Auswurf, in rascher Respiration und grosser Erschöpfung; dazu kamen schwacher und sehr frequenter Puls, freies Bewusstsein, kalte Extremitäten, klebriger Schweiss, rasche Abnahme der Körperwärme und endlich nach 15—24 Stunden der Tod. Bell bespricht nun in Lancet I Nr. 12, 1878, die über die Ursachen dieser „Wollsortirerkrankheit" herrschenden Ansichten: I. Staubeinathmung. Dagegen ist einzuwenden: a) die Wollsortirer leiden nicht mehr als andere Arbeiter an Bronchialreizung; b) andere staubige Beschäftigungen erzeugen chronische, nicht akute Lungenleiden; c) die mikrosko-

pische und chemische Untersuchung weist keinen Unterschied zwischen den Alpacaziegen- oder Kameelhaaren einerseits und anderen Haarsorten andererseits auf, aus welchem sich ihre verschiedenen Einflüsse erklären lassen könnten; d) die möglichste Entfernung des Staubes durch grosse Fächer vermochte die Anzahl der Erkrankungen nicht zu vermindern, und endlich e) ist es höchst unwahrscheinlich, dass einfache mechanische Reizung so rasch zum Tode führen solle und könne. — II. Giftige Eigenschaften der Wolle, durch ansteckende Erkrankung der Thiere selbst oder anhaftendes Gift von anderen Thier- oder Menschen-Krankheiten. Allein die einzige der Wollsortirerkrankheit ähnliche Erkrankung ist die Pleuropneumonie, von ihr sind aber Schafe, Ziegen und Alpacas frei; dieselbe ist immer chronisch in ihrem Verlaufe und ergreift den Menschen nicht. Von Menschen endlich kann das Gift auch nicht herrühren, da in Peru und Armenien keine ähnliche rasche Todesart beobachtet wird. — III. Bell selbst erklärt die fragliche Affektion für Septihämie in Folge von Einathmung eines septischen Giftes, das sich in den thierischen Stoffen bei Beschädigung der Ballen auf der See entwickelt. Die Erkrankung zeigt Analogie mit den plötzlichen Todesfällen durch spezifische organische Gifte wie Scharlach etc. und zwar 1) in der Infektion, 2) in der Inkubationszeit, 3) im Kollapsstadium, 4) im Reaktionsstadium und 5) in der Entwicklung örtlicher Kongestionen. Sie unterscheidet sich dagegen von ihnen 1) darin, dass das Gift kein Ferment ist; 2) dass es sich im lebenden Körper nicht fortbildet und 3) dass es kein Produkt eines kranken Organismus ist. Bell sucht die Einwürfe gegen seine Anschauung zu widerlegen, nämlich a) dass die Häute und Felle aus den nämlichen Häfen keine Erkrankungen hervorrufen, allein hier kann die Virulenz des Giftes durch Einwirkung der Luft, des Wassers und durch die Länge der Zeitdauer vermindert sein; b) es müssten dann auch manche Fälle geheilt werden können: das ist in der That so, da es mildere Fälle gibt, welche mit Genesung endigen; c) Schafwolle müsste die nämlichen Erscheinungen hervorrufen, allein die Schafe werden vor dem Scheeren meist gewaschen, Ziegen selten, Alpacas nie; überdies enthalte die Schafwolle eine natürliche Seife, welche die schädlichen Theilchen bindet und unschädlich macht; diese fehlt bei Ziegen und Alpacas. Als Prophylaxis empfiehlt Bell Ausscheidung der verdächtigen Vliesse oder Desinfizirung derselben und ebenso Desinfizirung der Ballen nach dem Oeffnen durch Aussetzen derselben an der Luft für 24 Stunden, durch Hitze oder andere desinfizirende Agentien.

In fünf Leichen von an der Diphtherie erlegenen Kranken gelang es Déjerine (Comptes rend. LXXXV S. 1110), konstante Veränderungen am Rückenmarke und den vorderen Wurzeln aufzufinden. Mit Osmiumsäure untersucht zeigten die vorderen Wurzeln entschieden entzündliche, zur schliesslichen Atrophie führende Veränderung (Zerfall der Markscheide, Schwund des Axenzylinders, Wucherung der Kerne der Schwann'schen Scheiden, hier und da Quellung des Axenzylinders). Diese Veränderungen waren je nach der Dauer der Lähmung um so ausgeprägter und fanden sich auch ebenso an den intramuskulären Aesten. Die hinteren Wurzeln waren intakt. Im Rückenmark fand Verf. die Zeichen einer sowohl parenchymatösen wie interstitiellen Entzündung der grauen Substanz (Vermehrung der Neurogliakerne, Gefässwandentzündung und Ruptur, Schwund einer grossen Anzahl von Ganglienzellen in den Vorderhörnern). Die weisse Substanz des Markes erschien unversehrt. Die Atrophie der vorderen Wurzeln ist nach Déjerine von der Myelitis der Vorderhörner, speziell der Affektion der grossen Ganglienzellen derselben abhängig zu machen. —

Prof. Montdes de Oca zu Buenos-Ayres hat die Anwendung von Luftinsufflationen zur Erleichterung chirurgischer Operationen in vielen Fällen mit Erfolg angewendet, in welchen sich der Esmarch'sche Schlauch nicht appliziren liess, z. B. bei Exstirpation von Geschwülsten am Halse. Es wurde dann unmittelbar oberhalb der Geschwulst ein Trokar in das dieselbe umgebende Gewebe eingeführt und durch dessen Kanüle vermittelst einer Luftpumpe Luft in dasselbe hineingepresst. Bei grösseren Geschwülsten erschien diese Manipulation an zwei Stellen nöthig. Es gelang in diese Weise, die Geschwulst von dem unterliegenden lufthaltigen Gewebe zu isoliren, indem sie auf diesem leicht beweglich wurde; die eigentliche Exstirpation wurde dann in gewöhnlicher Weise vorgenommen. (Rivista med.-chir. de Buenos-Ayres, 1878.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 29.

Erlangen, am 20. Juli 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Lehre von der Regeneration des Knochengewebes, namentlich in Bezug auf die Resektion des Kniegelenkes. Zur Frage, ob die entzündlichen Zustände des interstitiellen (Binde-) Gewebes der Leber bis zur ausgeprägten Cirrhose bei akutem Phosphorismus die Regel oder nur der chronischen Phosphorvergiftung eigen sind. Das Duboisia-Alkaloid und seine Wirkungen. Ueber Kupfervergiftung. Zur Bluttransfusion. Wirkung der Gelsemiumwurzel. Verhalten der Haut Gesunder und Syphilitischer zu verschiedenen Reizen. Erfolgreiche Behandlung der Netzhautablösung mittelst Druckverbandes. Chloralhydrat gegen Magengeschwüre. Methode, Säuglingen Jodmittel, humanisirt durch die Ammen- oder Muttermilch, beizubringen.

In v. Langenbeck's Archiv XXII S. 155 ff., veröffentlicht A. Bidder „experimentelle Beiträge und anatomische Untersuchungen zur Lehre von der Regeneration des Knochengewebes, namentlich in Bezug auf die Resektion des Kniegelenkes", welcher Arbeit wir das Folgende entnehmen: I. Ueber Regeneration und Bildung von Knochengewebe innerhalb der Markhöhle und Epiphyse der Tibia und des Femur. Der vordere Theil der Tibiagelenkfläche zwischen Kreuzband und vorderem Gelenkrande wurde mittelst Lappenschnittes freigelegt und von hier aus mit einem Drillbohrer der Knorpel und die Spongiosa senkrecht durchbohrt. Nachdem dies geschehen, drang der Bohrer noch weit in die Markhöhle hinein. In einigen Fällen blieb es bei dieser Verletzung; andere Male wurde das Bohrloch erweitert und ein Theil des Markgewebes ausgelöffelt. In einer weiteren Versuchsreihe schob Bidder durch das Bohrloch Stäbe aus Hirschknochen in die Markhöhle und liess sie darin liegen oder injizirte einige Tropfen reiner Milchsäure in den Markraum. Die Wunden heilten jedes Mal ohne Eiterung und das Resultat in Bezug auf Knochenneubildung war folgendes: 1) Das Periost, welches in jedem Lebensalter Knochen zu produziren vermag, wenn die osteogene Schicht wohl erhalten ist, reicht immer nur höchstens bis in die Epiphysengränze und hat während des extrauterinen Lebens gar keine Beziehungen zur Bildung endostalen oder endochondralen Knochengewebes. 2) Das Mark und das Gewebe der Epiphyse besitzt bei erwachsenen Thieren nicht die Fähigkeit, neue Knochensubstanz zu erzeugen. 3) Im Gebiete endochondraler Knochensubstanz können daher Kontinuitätstrennungen oder Defekte bei erwachsenen Thieren nicht durch Knochengewebe eigener Bildung heilen; nur Mark und Bindegewebe reproduziren sich daselbst. 4) Bei fast oder jung erwachsenen Thieren war bei Verletzungen innerhalb der Epiphyse nur eine geringe Spur von Knochen neugebildet; dies geschieht in etwas vermehrtem Grade, sobald ein stärkerer oder andauernder Reiz, z. B. durch Einschieben und Liegenlassen eines Knochenstabes, gesetzt wird. In der eigentlichen Markhöhle wird aber auch durch das letztere Verfahren keine Knochenneubildung veranlasst. 5) Bei jungen in lebhaftem Wachsthume begriffenen Thieren ist die Knochenreproduktion in der Epiphyse intensiver und kann beträchtlich verstärkt, auch innerhalb der Markhöhle ferne vom Epiphysenknorpel hervorgerufen werden, wenn das Gewebe durch Einführung von Knochenstäben oder Injektion von Milchsäure gereizt wird. 6) Der Grund dieser Erscheinung ist darin zu suchen, dass die osteogene Substanz des Periostes nicht auf die Epiphyse übergeht und dass sie nach vollendetem Wachsthume auch innerhalb des Markes und der Epiphyse verschwindet und daselbst nicht wieder erzeugt werden kann. — II. Ueber die Re-

sektion des Kniegelenkes. Bidder fordert eine recht feste wo möglich knöcherne Ankylose als das für den Kranken vortheilhafteste Resultat und zeigt, dass bei erwachsenen Menschen nach Knochenverletzung oder Resektion innerhalb der Epiphyse jede Knochenneubildung ausbleibt. Die letztere tritt auch bei Kindern für gewöhnlich ausserordentlich langsam, recht spärlich und zuweilen gar nicht ein; doch wird die Bildung von knöchernem Kallus auch bei ihnen schneller und reichlicher sich gestalten, je jünger sie sind und je mehr das Gewebe der spongiösen Substanz der Epiphyse einem stärkeren vorübergehenden oder schwächeren aber länger dauernden Reiz solcher Art ausgesetzt war, dass auf beide nicht eine rarefizirende Ostitis mit Granulations- und Eiterbildung folgt. Endlich zeigt sich bei Kindern, selbst wenn genau innerhalb der Epiphysen mit Schonung des Epiphysenknorpels operirt wurde, doch nachträglich noch eine mehr minder starke Zunahme der Verkürzung, wenn die letztere auch nicht im Entferntesten mit den hochgradigen Verkürzungen zu vergleichen ist, wie sie nach Abtragung der Epiphysenknorpel sich ausbilden. — Um bei Kindern nach Resektion innerhalb der Epiphyse schnelle und genügende Synostose zu erzielen, empfiehlt sich 1) eine Metallsutur durch einen Theil beider Epiphysen zu ziehen und einige Zeit liegen zu lassen oder 2) Metallnadeln zwischen die beiden nur durch Bindegewebe zusammengehaltenen Knochenenden einzustossen oder Elfenbeinstäbe einzuschieben und einheilen zu lassen; 3) könnte man zwischen die Knochenschnittfläche, an Stelle des entfernten Knorpels, eine dünne Elfenbeinplatte legen und einheilen lassen. Wie bei den Elfenbeinstiften möchten auch bei dieser Platte partielle Resorption, Vaskularisation und Hineinwucherung später verknöchernden Granulationsgewebes zu erzielen sein. Da man bei Erwachsenen vom Gewebe der Epiphysen allein Knochenneubildung nicht erwarten darf, möchten bei ihnen stets beide Epiphysen vollständig und noch ein kleiner Theil der Diaphyse abzutragen sein, damit die Knochenschnitte in das Gebiet des knochenbildenden Periostes fallen. —

Im Archiv der Heilkunde XIX 2 p. 163 1878 behandelt Dr. A. Weyl die Frage, ob die entzündlichen Zustände des interstitiellen (Binde-) Gewebes der Leber bis zur ausgeprägten Cirrhose bei akutem Phosphorismus die Regel oder nur der chronischen Phosphorvergiftung eigen sind? — Derselbe hat an Hunden und Kaninchen drei Versuchsreihen angestellt: a) mit sehr grossen Gaben Oleum phosphoratum, so dass der Tod sehr schnell erfolgte; b) mit solchen Gaben, dass der Tod nach 24 Stunden eintrat, und c) mit mässigen Dosen, dass die Versuchsthiere erst nach fünf Tagen erlagen. Die dem eben verstorbenen Thiere entnommene Leber wurde in Müller'scher Flüssigkeit erhärtet und Schnitte derselben mit Hämatoxylin behandelt. Die Lebern aus den Leichen der Versuchsthiere aus den Reihen a. und b. gaben ein rein negatives Resultat. Weder die die Vena portae begleitende Bindegewebe noch die Bindegewebszellen der interacinösen Kapillarverästelungen zeigten Veränderungen beziehungsweise Proliferation. Auch den Kernen der Kapillaren ging letztere ab; doch fanden sich in den Präparaten aus der zweiten Reihe konzentrisch um diese Kerne und im Verlaufe der Gefässwandungen hier und da kleinste Fetttröpfchen. Soferne indessen auch in Lebern nicht vergifteter Thiere derselben Species der gleiche Befund sich feststellen liess, ist demselben keine Bedeutung beizulegen. In den von der Versuchsreihe c. herrührenden Lebern fand sich dagegen das oben genauer bezeichnete Bindegewebe im ausgesprochensten Zustande der Proliferation. Es bestand eine abnorme Anhäufung von Rund- und namentlich von Spindel-Zellen sowie eine augenfällige Anfüllung einer Anzahl von Zellen in der Peripherie der Acini mit Fetttröpfchen. Diese Zellen näherten sich ihrer langgezogenen Form nach den Spindelzellen. Bei Zusatz von Färbemitteln wurde kein Kern in ihnen sichtbar; wohl aber fand sich häufig Pigmenteinlagerung vor. Eine entzündliche Veränderung des interstitiellen Bindegewebes der Leber scheint somit nach das Wesen der akut verlaufenden Phosphorvergiftung nicht auszumachen. — Ueber die Frage, ob das bei dem Phosphorismus in den Leberzellen angehäufte Fett von Infiltration aus Blut und Lymphe herrührt oder aus dem Zelleninhalte auf dem Wege des fettigen Zerfalles entstanden ist, indem das Eiweiss auf dem Wege regressiver Metamorphose in Fetttröpfchen zerfällt, gelangte Weyl zu keiner definitiven Entscheidung. Die Differenzirung dieser beiden Hergänge ist sehr schwierig und blieb

einziges brauchbares Unterscheidungs-
rkmal nur die von Virchow hervorge-
bene Thatsache bestehen, dass Fettinfiltra-
n geringen Grades von Thieren lange Zeit
beschadet ihres Allgemeinbefindens ertragen
rd, während der Fettdetritus (fettige Zell-
tamorphose) sich durch das dem Auftreten
r Fetttröpfchen vorangehende Stadium nutri-
er Reizung auszeichnet und mit dem Tode
digt. In den Präparaten der Versuchs-
hen a. und b. liess sich weder Fettdetritus
ch das diese Metamorphose einleitende Sta-
ım körniger Trübung nachweisen. Erfolgte
gegen, der Tod frühestens am Ende des
Tages, so waren die Leberzellen mehr min-
r vergrössert, entfernten sich von der poly-
nalen Form und enthielten meist grosse
engen sehr feinkörnigen Fettes (so dass der
durch verdeckte Kern erst nach Behand-
ıg mit Reagentien sichtbar wurde) neben
ös„eren, aber niemals den Gesammtzellinhalt
sfüllenden Fetttropfen. Dieses Fett findet
ch regellos bald mehr peripher, bald central
den Zellen vor und nie sind zu Grunde
gangene Leberzellen durch grosse Fett-
opfen vertreten. Weyl glaubt daher, dass
ie Fettanhäufung in den Leber-
ellen beim akuten Phosphorismus
uf Fettinfiltration derselben — nicht
uf Fettmetamorphose — zurückzu-
ühren sei. —

Die zu den Solaneen gehörige Duboisia
yoporoides wurde von verschiedenen
orschern wegen ihrer kräftigen physiologi-
chen Wirkungen, nämlich der Pupillenerwei-
rung, Hervorbringung von Durst, Trocken-
eit im Munde u. s. w., auf ein dem Atropin
hnliches, darin enthaltenes Alkaloid unter-
ucht. Gerrard, der von Holmes ein
ässeriges Extrakt erhalten hatte, stellte aus
0.0 Grm. mittelst chemischen Prozesses 1.2
es Alkaloides dar, welches eine gelbe zähe
lasse bildete, welche in Alkohol, Aether,
hloroform, Benzol, Schwefelkohlenstoff und
Vasser löslich war. Eine Lösung dieses
lkaloids mit Schwefelsäure ergab mit ver-
chiedenen Reagentien fast dieselben Reak-
ionen wie das schwefelsaure Atropin. Wäh-
end aber 4 Tropfen der verdünnten Schwefel-
äure zur Neutralisirung von 0.12 des frag-
chen Alkaloids nöthig waren, erforderte die
leiche Menge Atropin bloss 3 Tropfen der
äure. Mit konzentrirter kalter Schwefel-
äure gemischt wurde das Atropin nicht affi-
zirt, beim Erhitzen schwärzte es sich, ver-
breitete einen angenehmen aromatischen Ge-
ruch, der bei Zusatz von doppeltchromsaurem
Natron zunahm, und lieferte nun ein grünes
Präcipitat von Chromoxyd sowie saure Dämpfe.
Das Alkaloid der Duboisia, mit kalter kon-
zentrirter Schwefelsäure gemischt, wurde roth-
braun gefärbt, gab erhitzt einen unangenehm-
men Geruch nach Buttersäure und reduzirte
bei Zusatz von doppeltchromsaurem Kali kein
Chromoxyd. Da Selmi beim Kochen des
Atropin mit Baryumhydrat einen angenehmen
Geruch nach Weissdornblüthen gefunden haben
will, so stellte Gerrard einen nochmaligen
Versuch an und fand, dass dieser Geruch
mehr dem des Oeles von Gualtheria ähnlich
war, während, wenn das Alkaloid der Duboisia
mit Baryumhydrat gekocht wurde, ein sehr
unangenehmer, nicht definirbarer Geruch sich
entwickelte. — Physiologische Untersuchungen
von Dr. Ringer und Murrel ergaben fol-
gende Resultate: Einige Tropfen einer Ver-
dünnung von 1 auf 120, in's Auge geträufelt,
brachten in zehn Minuten eine bedeutende
Erweiterung der Pupille zu Stande. Eine
subkutane Einspritzung von 1 Centigrm. unter-
drückte die starken Schweisse bei Kranken.
Die gleiche Einspritzung brachte bei zwei
Kranken eine starke Trockenheit im Munde
hervor. Das fragliche Alkaloid besitzt ebenso
wie Atropin eine antagonistische Wirkung auf
das Muscarin. Einem enthirnten Frosche
wurde eine kleine Quantität des Extraktes
von Aminita muscaria auf das Herz geträufelt.
In fünf Minuten stand das Herz still. Nach-
dem nun eine Lösung von Duboisia-Alkaloid
1 : 20 dagegen angewendet war, fing das Herz
wieder an zu schlagen und zwar erfolgten
34 Pulsationen in der Minute. — Die tetani-
sirenden Eigenschaften theilt das Alkaloid
von Duboisia gleichfalls mit dem Atropin und
es erfolgten nach Injektionen von 0.008, 0.009
und 0.008 innerhalb 24 Stunden tetanische
Krämpfe. Die Unterschiede zwischen Duboisia-
Alkaloid und Atropin bestehen aber darin:
1) dass dessen Löslichkeit im Wasser zwei
Mal so gross ist wie die des Atropin; 2) dass
es eine grössere Kraft besitzt, Säuren zu
neutralisiren; 3) im Verhältnisse zu kalter
konzentrirter Schwefelsäure und zu doppelt
chromsaurem Kali beim Erhitzen; 4) in
dem unangenehmen Geruche beim Erhitzen
mit Baryumhydrat. Wenn erst noch mehrere
dieses Alkaloid vom Atropin unterscheidende
Merkmale aufgefunden sein werden, dann
dürfte es sich empfehlen, dasselbe „Duboisin“

zu nennen. — Dr. Bancroft, der Entdecker der Eigenschaften der Duboisia myoporoides, welche Pflanze in Australien heimisch ist, ist der Ansicht, dass deren Alkaloid in seinen physiologischen Wirkungen noch kräftiger sei, als das Atropin, und dass spätere Forschungen noch bedeutendere Unterschiede zwischen diesen beiden Alkaloiden ergeben werden. Eine Thatsache sei ihm bei Hunden nach subkutaner Injektion aufgefallen: sie gingen immer gerade nach vorne und wenn sie an eine Ecke kamen, mühten sie sich, weiter zu kommen, schrieen, kratzten mit den Pfoten an den Wänden, drehten sich aber nicht im Kreise. Bei Katzen konnte diese Beobachtung nicht gemacht werden. (Jedenfalls verdient das Mittel als Antidot gegen Pilocarpinum muriaticum geprüft und in den Fällen versucht zu werden, in welchen es nicht gelingt, die Schweisse der Phthisiker durch Atropin zu beseitigen. Ref.). (The London medical Record, 1878, Nr. 34.) —

In der Pariser Akademie der Wissenschaften sprach im vorigen Jahre Vulpian die Ansicht aus, dass den Kupferverbindungen zwar unstreitig schädliche und giftige Eigenschaften zukämen, dass man jedoch nicht berechtigt sei, in eben dem Sinne, wie man von einer Arsenik-, Blei- u. s. w. Vergiftung spreche, auch eine „Kupfervergiftung“ anzunehmen, denn das letztgenannte Metall gehe nicht, wie jene, innige Verbindungen mit den anatomischen Elementen der Gewebe ein, welche schliesslich durch eine Reihe das Wesen der Vergiftung ausmachender Beeinflussungen der Körperfunktionen den Tod herbeiführen. Zuerst handelte es sich hiebei um die Frage, ob eine chronische Intoxikation durch Kupfer existire, wie Laborde annimmt, oder nicht (Galippe und Vulpian). Ueber jeden Zweifel festgestellt ist in dieser Hinsicht die Erfahrung, dass die Arbeiter in Grünspanfabriken so enorme Mengen des genannten Kupfersalzes in ihrem Organismus aufhäufen können, dass sich die Haare und selbst der Schweiss grün färben, trotzdem aber keine Störung des Allgemeinbefindens, beziehungsweise keinerlei schädliche Beeinflussung der Körperfunktionen erleiden. Ebenso muss zugestanden werden, dass die früher viel erwähnten Kupferkoliken wohl gegenwärtig zu den grössten klinischen Seltenheiten gehören und namentlich auch in den Krankensälen, welche zur Aufnahme erkrankter Arbeiter in den Grünspanfabriken dienen, keineswegs häufiger als sonstwo angetroffen werden. Es fragt sich aber, ... wenn die Nichtexistenz einer schleichenden Kupfervergiftung zugestanden wird, Vulpian's und Galippe's Ansicht richtig ist, dass auch durch Verabreichung grosse Gaben von Kupfer keine akute Vergiftung entstehe und dieselben nicht vermögen, den Tod herbeizuführen. In dem Prozesse „Moreau“ wurde jüngst noch auf Grund der gegentheiligen Annahme und weil grosse Mengen Kupfers in den Leichenresten der angeblich ermordeten Frau chemisch nachgewiesen worden waren, ein Todesurtheil gefällt. Lag da hier ein Justizmord vor oder sind die toxikologischen Autoritäten wie Tardieu und Roussin, Werber, L. Hermann, welche die Dosis toxica letalis des Kupfersulfates für einen Erwachsenen auf 25—30—60 Grm. normiren, im Rechte, d. h. gibt es eine akute Kupfervergiftung? — Galippe's schätzbare Versuche mit Kupfersulfat ergaben, dass Hunde, welche die Kupfersalzlösung bekanntlich zum grössten Theile wieder fortbrechen, enorme Mengen Grünspan und Kupfervitriol, z. B. täglich 1 Grm. während dreier Monate ertragen, ehe sie sterben, während Hühner nach ihrem Körpergewichte entsprechend gleich grossen Gaben in drei Tagen zu Grunde gehen. Galippe's Resultate waren daher je nach der zu seinen Experimenten ausgewählten Thierspecies, der Löslichkeit und Resorbirbarkeit des angewendeten Salzes und — wie gleich gezeigt werden wird — auch je nach der Einverleibungsstelle durchaus nicht vollkommen unter sich übereinstimmend, wesshalb derselbe auch in seinen Behauptungen bezüglich der Unschädlichkeit des Kupfers nicht so weit geht wie Vulpian, vielmehr nur den Satz aufstellt, dass es — von Selbstmorden abgesehen — wegen der stark brechenerregenden Wirkung der Kupfersalze ausserordentlich schwer halten dürfte, den Tod eines Menschen durch beigebrachte grosse Gaben dieser Salze zu bedingen. Nichtsdestoweniger widersprechen aber Galippe's Versuchsresultate auch den von anderen Autoren in der letztverflossenen Zeit gesammelten toxikologischen Erfahrungen über die Beeinflussung gewisser Gewebe und Substrate des Thierkörpers, obenan der quergestreiften Körpermuskulatur nach Rabuteau's Versuchen mit subkutan beigebrachter Kupferchloridlösung. Der Kontakt der Muskeln an den Schenkeln und der Bauchwand (des

osches) hatte Lähmung und Funktionsfähigkeit der ersteren zur Folge; man ist mit berechtigt (wie Harnack zuerst bezüglich aller brechenbewirkender, nicht nur metallischer, sondern auch dem Pflanzenliche entnommener Mittel nachwies), die upfersalze für „Muskelgifte“ zu erklären, nd in dieser Hinsicht dem Zink, Brechweinein, dem Emetin u. A. anzureihen. Jedenlls ist über Existenz oder Nichtexistenz der kuten Kupfervergiftung das letzte Wort noch icht gesprochen, selbst dann nicht, wenn nan sich die chronische Kupfervergiftung aufugeben entschliesst. Und im letzteren Falle vieder wäre es nicht statthaft, Verfälschungen on Nahrungsmitteln (Pickles, Conditorwaaren . s. w.) durch Kupfer-Karbonat oder -Acetat ngestraft zu lassen oder den Besitzern von Grünspanfabriken keinerlei Sorge für das körperliche Wohl der sich in einer Staubatmosphäre von Kupfersalztheilchen befindenden Arbeiter zur Pflicht zu machen, beziehungsweise diese Institute sanitätspolizeilich strenge zu überwachen. Aus Galippe's Versuch folgt mit überzeugender Gewissheit nur, dass in fast allen Fällen von Vergiftung durch grosse Gaben der genannten Kupfersalze eine gefährliche Intoxikation dadurch vermieden wird, dass eine rapide Elimination des Kupfersalzes durch den Brechakt eintritt und es somit nicht zur Resorption sehr grosser Kupfermengen nach Einverleibung des Mittels vom Darmkanale aus kommen kann. — Galippe glaubt allerdings die Einführung löslicher Kupfersalze in den obersten oder untersten Abschnitt des Darmkanales allen von anderen Experimentatoren eingeschlagenen Einverleibungsmethoden behufs Prüfung der toxischen Wirkungen der Kupfermittel — wie Injektion in den Magen nach ausgeführter Ligatur der Speiseröhre, Einführung in Form grosser, gewaltsam eingeschobener Bissen — wobei eine zu starke örtliche Reizung der Mucosa des Traktus bedingt werde — der Applikation von Kupfersalzkrystallen in den Thorax und in die Nähe des Herzens (bei Fröschen), endlich subkutane und intravenöse Injektion) als „allein physiologisch“ vorziehen zu müssen. Zu diesem Zwecke sind die in Rede stehenden Salze unter das Futter und Getränk in der Weise zu mischen, dass ihr Geschmack durch die Menge des Vehikels verdeckt und Futter nebst Kupfersalz von den Thieren unbeanstandet gefressen wird. Letzteres hält allerdings, wenn die Versuchsthiere, namentlich Hunde, erst auf Geschmack und lästige Folgen dieser Salze aufmerksam geworden sind, schwer. Allein sorgfältige Auswahl der Salze lässt auch hier, wie Galippe's Versuche beweisen, zum Ziele gelangen, nämlich zu dem zumeist negativen Resultate, dass das dreibasische essigsaure Kupferoxyd, in kleinen wie in grossen Gaben verabreicht, lediglich ein Brechmittel ist, welches zwar die physiologischen Wirkungen der Brechmittel hervorruft, im Uebrigen aber Störungen des Allgemeinbefindens, beziehungsweise toxische Wirkungen so wenig zu Wege bringt, dass man gradatim aufsteigend Gaben von 30—80 Ctgrm. bis 1 Grm. täglich während eines Monates einführen kann, und schliesslich ein Zeitpunkt eintritt, in welchem Hunde nach dem Kupfersalze weder erbrechen noch laxiren und sich, wiewohl sie die Aufnahme der fraglichen Salze verweigern, ganz wohl befinden, beziehungsweise sich sehr rasch und vollständig wieder erholen. Im Uebrigen bezieht sich Galippe auf seine im Jahre 1875 veröffentlichte Arbeit „über die Kupferwirkung“, deren Resultate er auch gegenwärtig noch aufrecht erhält. (Schmidt's mediz. Jahrb., 1878, Nr. 4.) —

Die deutsche Zeitschr. f. Chirurgie IX S. 457 ff. bringt Beiträge zur Transfusion des Blutes von Prof. Dr. Landois. Nach einer ausführlichen historischen Untersuchung über die Blutübertragung in der Zeit vor der Entdeckung des Kreislaufes wird in vorliegender Arbeit I. die Transfusion zwischen Thieren desselben Geschlechtes (Genus im zoologischen Sinne) einer genauen Würdigung unterzogen. Vierzehn Transfusionen bei Füchsen mit Hundeblut und acht eben solche bei Hunden mit Fuchsblut führten zu dem Resultate, dass Hundeblut in der Blutbahn der Füchse nur allmälig der Auflösung entgegengeht und dass Eiweiss im Fuchsharne sich erst zeigte, als gegen $^1/_2$ Hundeblut transfundirt worden war. Blutfarbstoff zeigte sich erst, als Hundeblut zum Fuchsblute im Verhältnisse von 6:5 stand. Schafblut in dieser Menge einem Hunde gegeben hätte dessen schnellen Tod zur Folge gehabt. Aehnlich wie Hundeblut im Fuchse verhält sich Fuchsblut im Hunde. Ein Vergleich dieser Versuche mit denjenigen, welche den Blutaustausch entfernter zu einander stehender Thiere betrafen, ergibt, dass, je näher zwei Thiere in ihrer gesammten Organisation und Lebensweise zu einander stehen, um so gleich-

artiger auch ihr Blut sich verhält. Bei einem Austausche des Blutes mittelst der Transfusion wird es sich daher auch um so länger im Kreislaufe erhalten können bis zur allmäligen Einschmelzung. — II. Die zentripetale Arterientransfusion ist der zentrifugalen deshalb vorzuziehen, weil sie durch schnelle Etablirung einer erheblichen Druckdifferenz im Aortenbaume die Cirkulation zu beschleunigen und zu beleben vermag und weil sie, verglichen mit der gewöhnlichen venösen Transfusion die Gefahren der Ueberlastung des rechten Herzens ausschliesst. — III. Beiträge zur Kenntniss des Stoffwechsels nach der Transfusion. Bei zwei Hunden wurde nach Forster's Vorgange der Einfluss der Transfusion auf die Harnstoffausscheidung geprüft, so zwar, dass bei dem ersten die Operation in eine Hungerreihe eingeschaltet wurde. Eine vorhergegangene analoge Hungerreihe ohne Transfusion gibt vergleichende Anhaltspunkte über die Harnstoffausscheidung im nichtoperirten Zustande. Bei dem zweiten Hunde wurde die Transfusion gemacht während einer Periode, in welcher das Thier täglich eine gleich grosse Futtermenge verzehrte. Die Experimente lieferten das Resultat, dass nach der Transfusion die Harnstoffmenge sofort entschieden zunahm, dass aber diese Zunahme keineswegs der gesammten Eiweissmenge des übertragenen Blutes entsprach. Es möchte das Eiweiss des überführten Serums vorwiegend zu dieser Harnstoffbildung herangezogen werden und diese nicht abhängen von Aenderungen der Kreislaufsverhältnisse. Die an diese erste Harnstoffvermehrung sich anschliessende geringere der folgenden Tage wird mit Worm Müller als abhängig erklärt von der allmäligen Einschmelzung der rothen Blutkörperchen. — Weitere Versuche zeigen, dass nach subkutaner Injektion von Blutserum der Harnstoff relativ beträchtlicher vermehrt ist als nach Transfusion des Gesammtblutes. Gerade diese Operation empfiehlt sich daher zur Hebung der Ernährung bei heruntergekommenen Kranken. Versuche endlich, welche zum Zwecke des Nachweises unternommen wurden, wie sich die Harnstoffabsonderung nach der Transfusion und nach Verfütterung gleich grosser Blutmengen verhielt, ergaben in Uebereinstimmung mit Ludwig und Tschirjew, dass das gleich grosse Quantum verfütterten Blutes grössere Mengen von Harnstoff lieferte als das transfundirte. Im letzteren Falle vermag sich ein Theil des Blutes, vornehmlich die Zellen, als lebendes Gewebe zu erhalten und geht erst allmälig zu Grunde. IV. Die Ursachen der kapillären Blutungen aus frischen Wunden nach Transfusion heterogenen Blutes. Durch die Auflösungsvorgänge der Fremdblutkörperchen kommt es zu vielfältigen Verstopfungen von kleinen Gefässbahnen, theils durch Haufen zusammengeklebter Zellen, theils durch Stromfibrin, theils endlich durch Gerinnungen, welche das gelöste Hämoglobin in der Blutbahn erzeugt. Durch diese Verstopfungen erfolgt eine Steigerung des Druckes und kollaterale Fluxion in den noch wegsamen Gefässen, in Folge deren die Blutung beginnt. Weiter wird diese unterstützt durch die starke Erregung der Vasomotoren. Ernährungsstörungen der Gefässwand selbst gibt Landois als massgebend für dieses Verhältniss nicht zu. Die Hartnäckigkeit der einmal hervorgerufenen Blutung folgt aus der geringen Gerinnungsfähigkeit des mit gelöstem Hämoglobin des Fremdblutes vermischten Hundeblutes.

Prof. Massini zu Basel bespricht im Korresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte Nr. 12, 1878, zunächst in pharmakologischer Hinsicht die Wurzel des von einer Apocynee Virginiens stammenden Gelsemium sempervirens und berichtet sodann über die namentlich mit dem Fluidextrakt und der Tinktur der Gelsemium-Wurzel von mehreren Beobachtern angestellten Thierversuche. Bei Fröschen zeigte sich als hervorragendste Erscheinung eine allgemeine Muskelparalyse, die durch Lähmung der Athemmuskeln zum Tode führte; eine Wirkung auf das Herz war dabei nicht zu bemerken. Beim Menschen traten nach kleineren Dosen Röthung der Konjunktiva, Schmerz in den Augenlidern, Verengerung der Pupille, Doppeltsehen und Schwindel ein. Grössere Dosen hatten zur Folge: leichte Ptosis, Erweiterung der Pupille, Gähnen, Schlafsucht und Schwere in den Beinen; Respirationsbehinderung zeigte sich beim Menschen nicht. — Am auffallendsten und therapeutisch allein verwerthbar ist die Wirkung der Radix Gelsemii auf den Nervus trigeminus, namentlich auf dessen Alveolaräste; sie äussert sich darin, dass selbst heftige Neuralgieen jener Nerven in weitaus den meisten Fällen rasch beseitigt werden. Massini hat im letzten Jahre in mehr denn 80 Fällen die Tinctura Gelsemii angewandt; dabei wurde nur in einem Falle bei einem 16jähri-

gen Knaben nach 60 Tropfen leichte Benommenheit beobachtet. Augenschmerz und Spuren von Ptosis kamen nur in vier Fällen vor. Er gibt gewöhnlich von dieser Tinktur (1 : 5) 20 Tropfen in halbstündigen Intervallen; gewöhnlich tritt schon nach der ersten Darreichung Erleichterung ein, nach 60 Tropfen meist ein ganz erheblicher Nachlass. Nur bei genauer Kontrole des Patienten wäre die Dosis von 60 Tropfen zu überschreiten. Bei einfacher rheumatischer Neuralgie der Alveolaräste des Trigeminus lässt das Mittel selten im Stiche, auch bei jenem Zahnweh, wie es nach dem Plombiren der Zähne hie und da mehrere Tage anhält, hilft das in Rede stehende Präparat fast immer. Bei Ostitis und Periostitis der Kiefer war dagegen der Erfolg bei den angewandten Dosen ein zweifelhafter. — Bei längerer Anwendung, z. B. mehrere Tage nacheinander, hat Verfasser kaum schlimme Folgen beobachtet; das Medikament wird bald durch den Urin ausgeschieden; die Wirkung von 60 Tropfen hält übrigens einen halben Tag an; oft bleibt die Neuralgie ganz aus.

Die Verschiedenheit der Wirkung, welche Inokulation mit syphilitischem Sekrete bei gesunden Menschen und bei Syphilitikern hervorruft, veranlasste Tarnowsky, die Frage zu untersuchen, wie sich die Haut der Gesunden und der Syphiliskranken zu verschiedenen Reizen verhält. Darnach reagirt die Haut der Kranken in den verschiedenen Stadien verschieden und zwar werden in den früheren Stadien durch dieselben Hautreize (Senfteige) lebhaftere Erscheinungen hervorgerufen als in den späteren. Auch die Form der Syphilide ist auf die Reizerfolge von Einfluss, indem die Inokulation die Entwickelung von eiternden Prozessen viel leichter zu Stande bringt, wenn sie an Kranken mit eiternden ulzerösen Ausschlägen vorgenommen wird, als bei solchen, welche an trockenen Formen leiden. Aetzt man bei einem Gesunden eine Hautcircumferenz von 5 Mm. mit Schwefelsäure und Kohlenpulver (Ricord'sche Pasta), so verheilt die Stelle unter Verschorfung mit Zurücklassung einer frischen rothen Narbe, beim Syphilitischen dagegen folgt auf die entzündliche Röthung eine syphilitische Infiltration in Form eines scharf abgesetzten kupferrothen Walles von 2—3 Mm. Mächtigkeit, welche später zerfällt und das Bild einer Ekthymapustel darstellt. Endlich bildet sich eine dunkelrothe Narbe aus, welche einer deutlich ausgeprägten Verhärtung aufsitzt. Bei geringerer Intensität der Reizung kommt es nur zur Ausbildung einer Pustel, stets aber ruft die Inokulation eines reizenden Mittels von gewisser Stärke an einem Syphiliskranken die Entwickelung einer umschriebenen Hautentzündung mit Infiltration und Geschwürsbildung hervor. Impfung mit dem Sekrete dieser Geschwüre bringt nicht weiche Schanker, sondern Syphilis zu Wege. Dagegen führt die Ueberimpfung vom Sekrete weicher Schanker auf Syphilitische, ebenso wie die indifferente Inokulation, zur Ablagerung eines syphilitischen Infiltrates. — „Cauterisatio provocatoria" nennt Verf. ein Verfahren, nach welchem zu diagnostischen Zwecken Aetzungen vorgenommen werden, aus deren Verlauf zu ersehen ist, ob der Patient an Syphilis leidet oder nicht. Diesem Verfahren scheint eine praktische Bedeutung nicht zuzukommen. (Centralbl. f. d. mediz. Wissensch., 1878 Nr. 26.)

Dr. Lasinski erzielte in einigen Fällen von Netzhautablösung durch die Behandlung mittelst des Druckverbandes sehr bemerkenswerthe Erfolge. Von den angeführten Krankengeschichten wollen wir die folgenden zwei besonders hervorheben: 1. Ein 29jähriger Bauer litt an rechtsseitiger Sublatio retinae mit quantitativer Lichtempfindung. Wegen einer am linken Auge ausgeführten Iridektomie wurden beide Augen durch eine Querbinde während zweier Tage verschlossen gehalten. Nach Abnahme des Verbandes begann der Kranke mit dem rechten Auge zu sehen, nach acht Tagen zählte er Finger auf 2′ und die Netzhautablösung konnte opthalmoskopisch nicht mehr nachgewiesen werden. Nach weiteren drei Tagen las Patient Jäger Nr. 3 und noch nach Monaten liess sich der ungestörte Fortbestand der Heilung nachweisen. — 2. Ein 21jähriges Mädchen. Rechts Myopia mit Staphyloma posticum; links Netzhautablösung; Fingerzählen in nächster Nähe; Bestand der Ablösung etwa vier Monate. Achttägige Rückenlage mit Druckverband, dann weitere acht Tage Rückenlage mit Läppchen vor den Augen. Die nächsten 14 Tage durfte die Kranke im Bette aufsitzen, doch musste sie noch im Dunkeln bleiben. Nach Ablauf dieser Zeit war die Ablösung beseitigt, das Gesichtsfeld normal; Finger wurden auf

10′ gezählt. Nach vier Wochen stand die Besserung noch unverändert. — Zur Behandlung mittelst des Druckverbandes, Rückenlage, Aufenthaltes im Dunkeln und Abführmittel hält Lasinski indess nur solche Fälle für geeignet, in welchen der Prozess, der die Netzhautablösung hervorgerufen hat (schleichende Chorioiditis, Chorioideo-Retinitis oder Retinitis), abgelaufen ist. Auf der anderen Seite aber soll die Behandlung der Ablösung nicht zu lange nach Ablauf der Grundkrankheit beginnen. (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., Märzheft, 1878.)

Von dem Gedanken ausgehend, dass das Chloralhydrat ausser seiner hypnotischen und anästhesirenden Wirkung auch das Blut koagulirt, nach verschiedenen Mittheilungen ferner desinfizirend und insbesondere hemmend auf die Milchsäuregährung einwirkt, die Vernarbung von Geschwüren begünstigt, und endlich die Funktionen des Magens verlangsamt und den Appetit herabsetzt, verordnete C. Hertzka einem 45jährigen an Magengeschwür leidenden Manne, welcher die verschiedensten Mittel und Methoden erfolglos gebraucht hatte, allabendlich 3—4 Grmm. in viel Wasser gelöst (in 3 je 2stündlichen Gaben), gleichzeitig mit reichlichem Gebrauche von Karlsbader Wasser. Schon am dritten Tage schwanden Schmerzen und Erbrechen dauernd. Morphiumeinspritzungen, an welche sich Patient sehr gewöhnt hatte, konnten nach acht Tagen fortgelassen werden. Ausser heftigem Brennen nach dem Einnehmen machte sich während dieser Behandlung besonders eine nervöse Verstimmung bemerkbar, welche nach dem Aussetzen des Mittels, das Patient 14 Tage lang genommen hatte, bald wich. Statt dessen trat in ganz unbestimmten Intervallen ein Gefühl von Brennen und Zuschnüren der Speiseröhre auf, welches Verfasser geneigt ist von einer Zerrung von Nervenfasern durch die Geschwürsnarbe im Magen abzuleiten. Dieses Gefühl wurde erst durch lange fortgesetzte subkutane Morphium-Injektionen beseitigt. — Hertzka räth übrigens in künftigen Fällen zu kleineren, dagegen öfter zu wiederholenden Chloralgaben. Auch schlägt er vor, da das Chloral in einem anderen Falle Brennen und Erbrechen verursachte, zwei Stunden vor dessen Anwendung Morphium einzuspritzen und reichlich Carlsbader Wasser nachtrinken zu lassen. (Pester med.-chir. Presse, 1878, Nr. 1, 2 u. 17.) —

J. Luzansky berichtet über ein klinisches Experiment, welches er auf der Abtheilung des Prof. Pick zu Prag durchgeführt hat, um die Methode, Säuglingen, bei welchen Jodmittel indizirt sind, diese letzteren, humanisirt durch die Ammen- oder Mutter-Milch beizubringen, einer neuerlichen Prüfung zu unterziehen. Das Versuchsobjekt bildete eine Mutter mit ihrem fünfmonatlichen Kinde, beide mit einem Hautsyphilide behaftet, das Kind überdies noch mit Schleimhautplaques, Ulzerationen u. s. w. Der Säugling wurde bloss trocken und rein gehalten, die Mutter bekam Jodkali zu 1.0 pro die, die eine Hälfte Früh, die andere Abends zu nehmen. Im Harne und in der Milch der Mutter war das Jod noch an demselben Tage, im Harne des Kindes erst den Tag darauf Morgens nachweisbar. Als Reagentien wurden dabei Schwefelkohlenstoff, einige Tropfen salpetrigsaures Kali und etwas Schwefelsäure benützt. Bei dieser Behandlung gedieh das Kind vortrefflich; die Ulzerationen und die flachen Knoten sowie die mukösen Plaques verschwanden und auch bei der Mutter resorbirte sich unterdessen das Exanthem vollständig. Sie klagte nie über Appetitlosigkeit; sie magerte nicht nur nicht ab, sondern wurde stärker und kräftiger. Die Brüste, welche von Anfang an gut entwickelt und milchreich waren, zeigten keine Abnahme noch war von einer Herabsetzung der Milchsekretion etwas zu bemerken, wie Bousset und Morris behaupten; auch die Qualität der Milch war eine vorzügliche; dieselbe blieb immer konsistent und fettreich. — Eine solche Jodmilch ist fast das einzige Jodmittel, welches man Säuglingen in den ersten Monaten reichen kann; es hilft über vielfache Schwierigkeiten der Syphilistherapie bei Säuglingen hinweg, in vielen Fällen auch bei grösseren Kindern. Aber auch bei anderen Krankheiten des Kindes, bei welchen man Jodmittel indizirt findet, würde diese Methode zu empfehlen sein. Selbst bei Erwachsenen, welche Jodmittel in anderer Form nicht vertragen, wäre diese Methode des Versuches werth, da man sich die Jodmilch von Melkthieren durch Zusatz von Jodpräparaten zum Futter leicht verschaffen kann. (Vierteljhrschr. f. Dermat. u. Syph., 1878, I.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 30. *Erlangen*, am 27. Juli 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von Quartseiten, eis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Antiseptische Empyembehandlung. Ueber rheumatische Hirnaffektion. Pathologische Hornbildungen. Veränderungen quergestreifter Muskeln und ihrer Kerne bei sehr stark verhinderter oder völlig aufgehobener Cirkulation. Ueber die Funktion der halbzirkelförmigen Kanäle. Zur Behandlung des chronischen Blasenkatarrhs und der Blasenlähmung. Ueber Leukämie. Die Entstehung des Bronchialathmens.

Prof. Koenig zu Göttingen empfiehlt eine von ihm bereits wiederholt veröffentlichte Methode der zweckmässigen — antiseptischen — Behandlung des Empyems, von deren Brauchbarkeit er sich seitdem auch praktisch überzeugt hat, einem grösseren Kreise von Aerzten zur Prüfung und sucht die Zweckmässigkeit seines Verfahrens durch Mittheilung des folgenden in der gedachten Art behandelten Falles anschaulich zu machen: Ein zartes zehnjähriges Mädchen, das Kind von Aeltern, welche beide an Lungenphthisis zu Grunde gegangen waren, erkrankte im März dieses Jahres an den Symptomen einer linksseitigen exsudativen Pleuritis. Als Verf. die Kleine im Februar zum ersten Male sah, war bereits zwei Mal von den behandelnden Aerzten Punktion gemacht worden und hatte sich das erste Mal schon eine an Eiterkörperchen reiche und das zweite Mal eine bestimmt eiterige Flüssigkeit entleert. Jetzt war wiederum das Herz erheblich nach rechts verschoben, die Temperatur fieberhaft, zumal in den Nachmittagsstunden hoch, und die Abmagerung der kleinen zarten Patientin hatte reissende Fortschritte gemacht. Dabei war die Dyspnoe mässig und die Interkostalräume waren wenig erweitert. Unter diesen Umständen erachtete Koenig die Eröffnung des Brusthöhlenabsesses für nothwendig und wurde dieselbe in der Mitte des Monats März ausgeführt. Bei den engen Interkostal-Räumen der kleinen Patientin schien es wünschenswerth, eine Oeffnung zur Pleurahöhle zu schaffen, welche die Garantie bot, ein dickes Drainrohr während der Dauer der Behandlung liegen lassen zu können. Desshalb führte Verfasser die Resektion eines etwa 1.5 Cm. langen Stückes der achten Rippe, nahe ihrem hinteren Ende, etwa am äusseren Rande der Rippenstrecker aus; dadurch erreichte er, dass die Oeffnung in Rückenlage der Kleinen so ziemlich dem tiefsten Punkte des Eiterbassins entsprach. Nachdem durch diese in Chloroformnarkose und unter Spray vorgenommene Operation, welcher die gebräuchliche gründliche Abseifung und Desinfektion des Operationsgebietes vorausging, eine reichliche Menge ziemlich dicken Eiters entleert worden war, folgte eine Ausspülung der Pleurahöhle mit lauwarmer Karbolsäurelösung von 3 pCt., welche so lange fortgesetzt wurde, bis die Flüssigkeit wasserklar abfloss. Darauf wurde ein Lister'scher Verband in folgender Weise angelegt: In die Resektionsöffnung hinein legte Koenig ein klein-fingerdickes Drainrohr, welches so lange war, dass es die Wunde der Pleura innen noch um etwa 1—2 Cm. überragte. Sodann kamen auf die Wunde der Pleura, gut handbreit dieselbe überragend, grosse Mengen ungeordneter Listergaze. Um diesen Haufen von Gaze wurde ein ringförmiger breiter Streifen von zehnprozentiger Salicylwatte gelegt und nun zunächst der Verband durch eine karbolisirte Gazebinde fixirt. Dieser Verband, welcher also die Bestimmung hatte, das ausfliessende Sekret zunächst aufzuneh-

men, wurde nun mit einem den ganzen Thorax umgebenden und den ersten Verband überall handbreit überragenden eigentlichen Listerverbande bedeckt (achtfache Lage Gaze mit zwischen der achten Lage eingeschaltetem Gummipapier). — In den ersten Tagen war es nöthig, täglich den Verband zu erneuern, bald aber konnten die Verbände drei bis vier Tage und länger liegen bleiben. Bei dem Verbandwechsel wurde Spray angewandt, das Drainrohr entfernt, gereinigt und wieder eingeführt, ohne dass auch nur ein Mal wieder eine Ausspülung der Pleurahöhle vorgenommen worden wäre. Da in der fünften Woche die Sekretion fast ganz versiegt war, so wurde versuchsweise das bereits seit längerer Zeit sehr viel dünnere Rohr weggelassen. Allein schon nach vier Tagen steigerte sich die Abendtemperatur und dasselbe musste neuerdings eingeführt werden. Jetzt liegt noch ein Rohr von etwa schwefelholzdickem Lumen und bei der geringen Absonderung sowie der wieder allenthalben vorhandenen Respiration kann es wohl bei dem nächsten Verbandwechsel fortgelassen werden. Das Befinden der kleinen Patientin ist von dem Augenblicke des Schnittes an rasch zur Norm zurückgekehrt. Das Fieber schwand und kehrte nur für einige Tage nach der zu frühen Entfernung des Drainrohres — wie oben schon bemerkt wurde — zurück; der Appetit stellte sich wieder ein und alsbald nahm auch das Körpergewicht in erstaunlichem Maasse zu. Bald konnte der Kleinen das Aufstehen und nach einiger Zeit auch die Bewegung im Freien gestattet werden. Das ausfliessende Sekret zeigte während der ganzen Behandlungsdauer keine Spur von Fäulniss. — — Da die beschriebene Methode der antiseptischen Eröffnung der Brusthöhlenabszesse eine einfache Konsequenz dessen ist, was die Chirurgen jetzt bereits seit Jahren zur Behandlung anderweitiger Höhleneiterungen thun, so ist selbstverständlich, dass auch andere mit der antiseptischen Technik vertraute Aerzte ihre Empyeme in der gleichen Art behandelt haben; indess ist die obige Methode bis jetzt nur von Baum in Danzig beschrieben worden. — Verf. enthält sich jedes weiteren empfehlenden Wortes derselben und rekapitulirt nur, was er für die Operation frischer nicht bereits fistulöser Empyeme nach antiseptischen Grundsätzen geboten erachtet: 1) Die Operation soll unter antiseptischen Kautelen (Desinfektion des Operationsfeldes, Spray etc.) gemacht werden. 2) Der Schnitt soll wo möglich so liegen, dass eine Ansammlung von Sekret im Thoraxraume nicht stattfinden kann, als bei Rückenlage hinten und nahe der Wirbelsäule. Doppelinzision ist nur unter besonderen Verhältnissen nothwendig, für die einfachen Fälle genügt der einfache Schnitt. 3) Der Schnitt soll Garantie bieten, dass das Drainrohr nicht geklemmt wird. Stehen die Rippen nahe zusammen, so empfiehlt sich die Resektion von einem Stücke Rippe. Uebrigens kann letztere Operation auch noch nachträglich gemacht werden, sobald sich zeigt, dass die Empyemfistel sich zu sehr verengt. — Koenig hat übrigens den Eindruck gewonnen, dass bei der fraglichen Methode, bei welcher die Lunge so bald wieder athmet, und zwar wahrscheinlich desshalb, weil sie an ihrer Oberfläche mit der Pleura costalis verklebt, eine so erhebliche Verengerung der Interkostalräume überhaupt nicht eintritt. Er möchte daher für wahrscheinlich halten, dass die Rippenresektion, zumal bei Erwachsenen, meist entbehrlich ist. 4) Ist der Eiter ausgeflossen, so folgt eine einmalige gründliche Desinfektion der Pleura. Man kann die Brusthöhle zunächst mit Salicylsäurelösung auswaschen und erst, wenn die Flüssigkeit wasserhell ausfliesst, eine kurze Ausspülung mit starker Karbolsäurelösung (etwa 2.5—5.0 pCt., letztere Lösung bei putriden Exsudaten) folgen lassen. Hueter hat wohl mit Recht betont, dass solche starke Lösungen, weil sie Gerinnungen hervorrufen, weniger schädlich sein mögen als die schwachen, welche rasch resorbirt werden. Uebrigens hält Verfasser es geboten, diese primäre Desinfektion zunächst noch mit Vorsicht zu machen. So wenig die giftige Karbolwirkung bei einer verdickten, mit Exsudat bedeckten Pleura in Frage kommen könne, so sei doch andererseits nicht zu leugnen, dass bei geringeren Massen von Beleg eine Resorption grösserer Mengen Karbol einzutreten vermag. Vielleicht bedürften die einfach eiterigen, putriden Ergüsse überhaupt nur einer einmaligen Ausspülung mit Salicylsäurelösung. Nach der Desinfektion wird ein klein-fingerdickes gewöhnliches Gummirohr in die Fistelöffnung eingeführt. Eine quer durch die eine Wand des Rohres gesteckte Sicherheitsnadel verhindert das Hineingleiten desselben in die Pleurahöhle. Es soll gerade in die Pleurahöhle hineinragen, also etwa 5—6 Cm. lang sein. 5) Für den Verband wird zunächst in grosser Menge ungeordnete Listergaze auf die Fistel und ihre Umgebung aufgelegt. Darüber folgt

ein den ganzen Thorax umgebender, die Gegend der Fistel breit deckender typischer Listerverband. 6) Der Wechsel des Verbandes erfolgt, sobald sich ein Fleck irgendwo an der Oberfläche zeigt. In der Regel wird dies für die ersten Tage alle 24 Stunden nothwendig werden. Zeigt sich bei dem Wechsel das Sekret geruchlos, so wird die Pleurahöhle überhaupt nicht wieder ausgespült. Dies betrachtet Verfasser als sehr wichtig und er bezweifelt nicht, dass es in der Regel erreicht werden wird, wenn es sich nicht um bei der Eröffnung bereits zersetzte Ergüsse handelte. Sollte dies der Fall sein oder sollte sich das Sekret in Folge eines Fehlers bei der Ausführung der Methode zersetzt haben, so müsste allerdings vor jedem Verbande die Ausspülung in der oben geschilderten Weise wiederholt werden. Wir verkennen für diesen Fall nicht, dass die Ausspülung eine gewisse Gefahr der Karbolintoxikation, zumal bei geschwächten Patienten, in sich trägt. Sehr gross ist jedoch diese Gefahr nicht; die der zunehmenden Sepsis ist dagegen auf jeden Fall viel grösser. Wechselt man in solchen Fällen den Verband zwei Mal und übt die Desinfektion mittelst Spülung täglich ein Mal, so wird man auch bald mit der Fäulniss des Sekretes fertig. In einem solchen Falle könnte unter Umständen eine Contra-Inzision nöthig werden, in welche ebenfalls ein Drainrohr eingeführt werden müsste. — Koenig wiederholt, dass er gerade für die grosse Mehrzahl aller Empyeme der Ansicht ist, sie werden sich ohne wiederholte Ausspülung heilen lassen. Die öfter wiederholte desinfizirende Ausspülung soll nur als Ausnahmemassregel für primär putride oder sekundär putrid gewordene Brusthöhlenabszesse in Anwendung kommen. Sind die ersten acht Tage vorüber, so ist wohl meist nur sehr selten Verbandwechsel (alle 4—8—10 Tage) nothwendig. Doch muss sich dies stets nach der Masse des Sekretes und der Schnelligkeit der Durchtränkung der Verbandstücke richten. 7) Das Lumen des Drainrohres kann allmählig kleiner genommen werden. Man soll das Rohr übrigens nicht eher ganz weglassen, als bis die Sekretion fast gleich Null geworden ist. Sobald die Verbände länger liegen bleiben, muss das Rohr jedenfalls bei dem Verbandwechsel herausgenommen und wieder eingeführt werden, da zu jener Zeit gerne Granulationen in das Lumen desselben hineinwachsen und es verstopfen. (Berliner klin. Wochenschrift, 1878, Nr. 25.) —

Dr. Fr. Stabell bespricht die Gehirnerscheinungen bei akutem Gelenkrheumatismus mit Hyperpyrexie und theilt mehrere Fälle mit, welche sämmtlich lethal endeten; er gibt ferner auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und der in der Literatur mitgetheilten einschlagenden Fälle ein Bild „der rheumatischen Hirnaffektion“ in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung, dem wir kurz das Folgende entnehmen: Als die erste Erscheinung, welche den Verdacht auf eine Affektion des Gehirns lenken muss, ist nach ihm ein plötzliches Aufhören der Gelenkschmerzen zu betrachten. Er ist geneigt, dies für das erste Zeichen der Bewusstlosigkeit zu halten, weil eine gleichzeitige Abnahme der objektiven Erscheinungen sich nicht in den in der Literatur vorhandenen Fällen vorfinde. Starker Schweiss, welcher meist angeführt wird, verdient als gewöhnlich bei Rheumatismus weniger Beachtung, wohl aber vielleicht der Umstand, welcher sich in einigen Fällen notirt findet, dass der Schweiss beim Eintreten der Hirnerscheinungen aufgehört habe. Besondere Beachtung verdient aber die niemals fehlende Temperatursteigerung und muss man, wenn die Schmerzen plötzlich nachlassen, die Temperatur aber zugleich in die Höhe geht, nach Stabell stets auf Hirnerscheinungen gefasst sein, wenn sie nicht schon vorher eingetreten sind; die drohenden Symptome entwickeln sich gleichzeitig mit dem Steigen der Temperatur. Gleichzeitig mit der Temperatur erhebt sich auch die Pulsfrequenz. Als ein zu beachtendes Symptom bezeichnet Stabell ferner die bedeutende Vermehrung der Harnsekretion. Die Prognose hält er für sehr ungünstig. Bei den Sektionen finden sich charakteristische Befunde am Gehirne nicht; die am häufigsten vorkommenden und jedenfalls auch die bedeutendsten Veränderungen finden sich im Blute. Dieses ist dunkel und flüssig und wenn sich ausnahmeweise sparsame Gerinnung vorfindet, sind die Gerinnsel locker und schlaff. Der Befund des Blutes scheint sonach dem bei Hitzschlag und Sonnenstich zu entsprechen und mit der Hyperpyrexie im Zusammenhange zu stehen; damit hängen Ekchymosen an verschiedenen Stellen, in Lunge, Herz, Perikardium und Haut — auch dieser Befund stimmt mit dem bei Hitzschlag — und kadaveröse Imbibition im Endokardium und in der Intima der Arterien zusammen. — Die Bezeichnung „Hirnrheumatismus“ passt für derartige Fälle offenbar nicht und Verf.

will desshalb die Erkrankung lieber nach dem hervortretendsten Symptome als „Hyperpyrexie bei akutem Rheumatismus“ bezeichnet wissen“. — — In drei vom Oberarzte Larsen mitgetheilten hierhergehörigen Fällen war Anlage zu Nervenkrankheiten vorhanden. Das Fieber war nur in den zwei ersten Fällen beim Eintreten der Hirnerscheinungen stärker; Larsen glaubt daher nicht, dass dasselbe in einen direkten ursächlichen Zusammenhang mit den letzteren zu bringen sei. — Auch Dr. Edward Bull stimmt mit Stabell darin überein, dass die Benennung „Gehirnrheumatismus“ fallen zu lassen und nach der konstant vorhandenen Temperaturerhöhung die Affektion besser als „Hyperpyrexie mit Hirnsymptomen bei Gelenkrheumatismus“ zu bezeichnen sei. Die Gehirnerscheinungen in solchen Fällen — deren Bull zwei mittheilt, welche unter abkühlender Behandlung einen günstigen Ausgang nahmen — kann man sich nach demselben entweder als sekundäre Folgen der gewaltsamen Störung in der Wärmeregulirung des Organismus denken, die ihrerseits wieder auf einer durch die Grundkrankheit bedingten Affektion des Temperaturcentrum beruhen kann; oder man muss Hyperpyrexie und Hirnleiden als koordinirt betrachten und annehmen, dass die Grundkrankheit gleichzeitig Störung in mehreren Theilen des centralen Nervensystems hervorbringt. Letztere Annahme hat die geringste Wahrscheinlichkeit für sich, weil man dann Hirnsymptome auch ohne Pyrexie und umgekehrt Hyperpyrexie ohne Hirnerscheinungen müsste beobachten können. Der Komplex von Hirnerscheinungen und Hyperpyrexie gibt aber eben diesen Fällen ihr eigenthümliches Gepräge. Man muss desshalb wohl die Hyperpyrexie als die Hauptsache anerkennen, um so mehr, als die gegen dieselbe gerichtete Behandlung rasch beruhigend auf die Hirnerscheinungen wirkt und diese bald beseitigt werden, wenn es gelingt, die Körperwärme dauernd herabzusetzen, was indessen, wie aus dem ersten der beiden von Bull mitgetheilten Fälle hervorgeht, nicht immer so rasch gelingt. Derselbe hat Bäder von ziemlich kühler Temperatur angewendet; wärmere Bäder haben den Nachtheil, dass ein längerer Aufenthalt im Bade erforderlich ist. In Folge der Bäder kamen in den beiden fraglichen Fällen die vorher geschwundenen Gelenkschmerzen zwar wieder zum Vorscheine, aber doch schadeten die Bäder nichts für den weiteren Verlauf. Dass dieselben auch auf die inneren Organe keine schädliche Einwirkung auszuüben brauchen scheint daraus hervorzugehen, dass der erste Kranke an Pneumonie litt, als die Badebehandlung begonnen wurde, und letztere keinen nachtheiligen Einfluss auf den Verlauf der ersteren ausübte. Die Prognose hält Bull bei Hyperpyrexie mit Hirnerscheinungen im Verlaufe des akuten Gelenkrheumatismus ebenso wie Stabell für sehr ungünstig, sobald nicht abkühlende Behandlung durch Bäder in Anwendung gebracht wird; durch diese letzteren wird sie indessen günstiger, wenn die Resultate auch nicht immer so gut ausfallen mögen, wie in Bull's Fällen. — In einem später von demselben mitgetheilten Falle von Hyperpyrexie bei akutem Gelenkrheumatismus, der ebenfalls unter der Behandlung mit kalten Bädern einen günstigen Verlauf nahm, fehlten entschiedene Hirnerscheinungen. Es bestand zwar Kopfschmerz und mitunter traten auch unbedeutende Delirien auf, aber beides war von so geringer Bedeutung, dass der Fall nicht als sogenannter Hirnrheumatismus aufgezählt werden kann. Dieser Fall hat Bull in seiner Ansicht, dass die Hirnerscheinungen Folge der Hyperpyrexie sind, wankend gemacht, so dass er mit Bezug auf denselben annehmen zu müssen glaubt, dass ebenso wie in anderen Organen auch in den Nervencentren rheumatische Affektionen auftreten können, die sowohl im Wärmecentrum als auch in den peripheren Theilen des Gehirns ihren Sitz haben. — — Weiterhin fand unter den vom 1. August 1874 bis zum 31. Juli 1876 im Kommunespitale zu Kopenhagen behandelten 150 Fällen von fieberhaftem Gelenkrheumatismus, in welchen genaue Aufzeichnungen des Temperaturverlaufes gemacht worden sind, der dortige Oberarzt Dr. F. Trier elf Fälle, in denen vorhandene Hirnerscheinungen mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit allein auf die rheumatische Erkrankung sich zurückführen liessen. In einem derselben überstieg die Temperatur 39,5 nicht, während sie in den anderen zehn Fällen 40° und darüber erreichte. Von den letzteren zehn Fällen blieb die Temperatur sogar nur in dreien unter 41°, in den sieben anderen überstieg sie diese Höhe oder erreichte sie wenigstens. Ausser diesen elf Fällen kamen nach der genannten Zeit noch zwei gleiche vor, so dass das Gesammtmaterial Trier's sich auf 13 Fälle beläuft. Auch nach seinen Erfahrungen ist das Fieber Bedingung für das Auftreten der Hirnzufälle; Störungen des Sensorium können im Ver-

laufe jedes Falles von nicht komplizirtem Gelenkrheumatismus vorkommen, wenn sich nur einigermassen gut ausgesprochene Fieberzufälle finden, ihr Auftreten ist aber um so eher möglich und sie sind mit um so grösserer Gefahr verbunden, je höher die Körpertemperatur steigt. Ausgeschlossen sind hierbei alle jene Fälle, in welchen zwar Hirnerscheinungen vorhanden waren, aber auf andere Affektionen als den blossen Rheumatismus sich zurückführen liessen. Dagegen hat sich Trier nicht nur auf diejenigen Fälle beschränkt, die dem unbestimmt abgegränzten traditionellen Begriffe des Cerebralrheumatismus, wie er namentlich von den Franzosen aufgestellt worden ist, entsprechen, sondern alle Fälle mitgerechnet, in welchen sich Hirnsymptome überhaupt zeigten. (Schmidt's mediz. Jahrbücher, 1878, Nr. 4.) —

In der Prager mediz. Wochenschrift, 1878, Nr. 16 u. 17, bespricht Dr. Leopold Lazansky die pathologischen Hornbildungen, welche von Hebra bekanntlich eingetheilt werden 1) in solche, die ohne gleichzeitige papillare Wucherung einhergehen, z. B. Tyloma, Clavus, Cornu cutaneum und 2) in solche mit papillarer Wucherung, z. B. Verrucae, Ichthyosis. Das Cornu cutaneum wird aber fälschlich zur ersteren Gruppe gerechnet. Lebert findet im Gegensatze zu Hunter und Malpighi den Ursprung der Hauthörner in den tieferen und jüngeren Epidermisschichten des Rete Malpighi; da dieses auch Einstülpungen in die Hautdrüsen bildet, so unterscheidet er in seinen zwei Hauptklassen: Keratitis circumscripta und K. diffusa — zwei Unterabtheilungen: Keratitis follicularis und K. epidermica. Fast 12 pCt. aller Hauthörner gehen in Kankroide über, sind also mit diesen verwandt, beide kommen auch zumeist nach dem 50. Jahre vor. Die Warzen entstehen aus schon gebildeten Papillen, kommen jedoch nach Virchow auch an rein bindegewebiger Haut vor. Die Papillen entstehen durch Wucherungen der zelligen Theile und durch sich erweiternde und vorschiebende Gefässschlingen und Nerven; man findet im Entwicklungsstadium oft das Eine ohne das Andere. Virchow rechnet die Verrucae unter die Bindegewebsgeschwülste (Fibroma papillare). Bei längerem Bestande tritt zumeist das Bindegewebe in den Hintergrund, namentlich bei grossen Warzen. Die Oberfläche bekommt Risse und Spalten bis auf das Korium, das Gebilde trocknet aus; die übermässige Wucherung und Verhornung bildet dann das Hauthorn. Man unterscheidet Verruca congenita und acquisita, letztere wieder als V. perstans und caduca, endlich noch eine V. plana. Aus eben diesen entstehen zumeist die Kankroide, sie finden sich in der Regel an Rücken, Brust, Nacken und Gesicht in grösserer Anzahl beisammen. Sie erschienen pigmentirt, dunkelgrau bis schwarz und wachsen zum Unterschiede von anderen Warzen mehr in die Fläche. Sie sind bis jetzt wenig beachtet worden, obschon man an ihnen am besten die Entwicklungsstadien wahrnehmen kann. Lazansky beobachtete nachfolgenden Fall: A. P., 67 Jahre alt, litt seit fast 15 Jahren an derartigen eben beschriebenen flachen Warzen auf dem Rücken und waren dieselben im Laufe der Jahre immer mehr an Fläche gewachsen. Unter der rechten Clavicula bemerkte er seit ungefähr acht Jahren eine ähnliche derartig erkrankte Hautstelle. Patient und seine Familie sind sonst immer gesund gewesen. Zwischen Schulterblättern und Brustfläche waren diese warzenartigen Gebilde 1 Mm. bis 1 Cm. gross, daneben fanden sich eine Menge pigmentirter kleiner Flecke. Die kleinen waren fast gar nicht, die grossen dagegen deutlich über die Fläche der sie umgebenden Haut erhaben, sie bestanden aus Schichten verhornter Epidermiszellen, waren an der Oberfläche etwas gerieft, diese letztere hatte eine plankonvexe Gestalt und braunrothe Farbe. Mit dem Nagel abgekratzt erschien unter ihr eine leicht blutende Koriumstelle. Unterhalb des rechten Schlüsselbeines bestand eine intensiv rothe nierenförmige Narbe, 6 Cm. lang und 4 Cm. breit, mit einer 0.5 Cm. dicken Borke bedeckt, darunter eine sulzige Granulationsfläche mit geringer wässeriger Absonderung. Die Ränder waren hart, scharf abgesetzt. Ausserdem litt Patient an leichtem Eczema haemorrhoidale. Mikroskopisch zeigte sich in den kleineren Warzen eine geringe Hyperplasie der Epidermis, in den grösseren ein bedeutend verdicktes und pigmentirtes Stratum corneum, die Papillen waren mit sklerotischen Gefässschlingen versehen. — Man kann annehmen, dass in Folge seniler Veränderungen der Abstossungsprozess nicht mehr in regelmässiger Weise vor sich gegangen ist und dann der anfangs geschilderte Prozess begonnen hat. Die verhältnissmässig grosse Breite an der Spitze der Warzen erklärt sich durch ein Verästeln der Papillen, analog den

spitzen Kondylomen. Die Stelle unter der Clavicula bot klinisch und mikroskopisch den Charakter eines Epiteliomes dar. Die Borken der Warzen wurden mit Kaliseife tüchtig abgewaschen, worauf der Kranke zur Erweichung der Stelle eine Kautschukleinwandjacke trug. Das Epiteliom wurde mit Aetzkali energisch ausgeätzt. Der Kranke konnte nach einer 37tägigen Behandlung geheilt entlassen werden. —

Dr. Heidelberg studirte auf experimentellem Wege die Veränderungen quergestreifter Muskeln und insbesondere die ihrer Kerne bei sehr stark verhinderter oder völlig aufgehobener Cirkulation. Er legte eine Konstriktionsbinde um den Schenkel eines Kaninchens, welche so straff angezogen wurde, dass die Extremität sich bald kühl anfühlte, starr wurde und durchaus einem todtenstarren Muskel glich. Setzte er diese Aufhebung der Blutzufuhr 24 Stunden lang fort, löste dann die Gummibinde und gestattete dem Blute wiederum den Zutritt zu dem vorher unterbundenen Beine, so entwickelte sich schnell eine sehr heftige Entzündung, welche in feuchte Gangrän oder mitunter in Mumifikation ausartete. Die quergestreiften Primitivbündel des Flexor digitorum, den er in der Regel zur mikroskopischen Untersuchung wählte, zeigten einige Stunden nach Wiederherstellung des Blutumlaufes einen Schwund fast sämmtlicher längsovaler bläschenförmiger Kerne, an ihrer Stelle lagen zerfallene Reste derselben, nur hier und da ein deutlicher zu erkennendes Fragment. Demselben Untergange waren die Kerne verfallen, welche den zwischen den Muskelbündeln verlaufenden Kapillaren angehören. Dieser sonst noch nicht beobachtete Kernschwund wurde vermisst, wenn man die Muskeln untersuchte, bevor die Konstriktion gelöst war; dabei erhielt Heidelberg Bilder wie bei jedem normalen todtenstarren Muskel. Daraus folgt, dass die funktionell zu Grunde gegangenen Muskel- und Kapillarkerne erst durch den eintretenden Blut- und Lymph-Strom fortgespült und also auch morphologisch vernichtet worden waren. — Dehnte Verf. die Abschnürung statt auf 24 nur auf 7—8 Stunden aus, so trat eine weniger heftige Entzündung ein, welche meist zur Restitutio in integrum führte. Auch in solchen Fällen war nach Oeffnung der Ligatur ein auffälliger Kernschwund nachzuweisen: einige Kerne von normalem Aussehen fanden sich jedoch in jedem Objekte. Später fanden sich dann neben den einmal starr gewesenen und desshalb der Resorption anheimfallenden Primitivbündeln zahlreiche Muskelzellenschläuche und eine ganze Generation junger Muskelbündel. — Heidelberg deutet an, dass wohl die erhalten gebliebenen Kerne den Ausgangspunkt der Proliferation (Zellenschläuche) bilden und dass wahrscheinlich diese letzteren die Matrix der neuen Nachkommenschaft von Primitivbündeln seien. (Arch. f. experiment. Path. etc., VIII S. 335.) —

Fortgesetzte Untersuchungen führten den Dr. E. Cyon zu folgenden Schlüssen über die Funktion der halbzirkelförmigen Kanäle. Dieselben sind die peripheren Organe des Raumsinnes; die Sensationen, welche hervorgerufen werden durch die Erregung der Nervenendigungen in den Ampullen dieser Kanäle, sind bestimmt, uns die Vorstellung von den drei Dimensionen des Raumes bilden zu helfen; die in jedem Kanale zu Stande kommenden Sensationen entsprechen einer der drei Dimensionen. Wir bilden uns mit ihrer Hilfe einen idealen Raum, auf welchen die Wahrnehmungen aller anderen Sinne bezogen werden, soweit sie die Anordnung der uns umgebenden Gegenstände und die Stellung unseres eigenen Körpers unter ihnen betreffen. Die empiristische Theorie Helmholtz's in Bezug auf den binokulären Sehakt und die nativistische Hering's werden durch das Vorhandensein eines besonderen Raumsinnes als auf einer neutralen Basis vermittelt. Die physiologische Erregung der peripheren dem Raumsinne eigenthümlichen Nerven-Endigungen geschieht wahrscheinlich durch die in den Ampullen befindlichen Otolithen: dieselben können durch aktive oder progressive Kopfbewegungen oder auch durch Luftwellen in Vibration versetzt werden. — Das achte Hirnnervenpaar enthält ebenfalls zwei ganz von einander unterschiedene Nerven: den Hörnerv und den Raumnerv. Das Centralorgan des Raumsinnes bestimmt die Vertheilung und den Grad der Innervationskraft, welche den Muskeln für alle Bewegungen des Auges, des Kopfes und des übrigen Körpers zukommen muss. Die Störungen oder Verletzungen der Halbzirkelkanäle sind zurückzuführen auf 1) einen Gesichtsschwindel, hervorgerufen durch den Zwiespalt zwischen dem idealen und dem

rklich gesehenen Raume; 2) auf die falschen raus resultirenden Vorstellungen über unsere örperstellung im Raume; 3) auf die Stör-gen in der Vertheilung der den Muskeln kommenden Innervationskraft. (Centralbl. f. med. Wissensch., 6. Juli 1878.) —

Acht Patientinnen, die zum Theil an chro-schem Blasenkatarrhe Jahre lang ver-eblich behandelt waren, zum Theil an lasenlähmung mit ihren Folgen litten, at Montrose A. Ballen in der Weise zu eilen versucht, dass er durch Anlegung einer ünstlichen Blasenscheidenfistel für Ruhe der lase sorgte. Diese muss eine absolute sein nd eine ziemliche Zeit dauern, damit der-tige veraltete Blasenleiden noch zur Heil-ng gelangen können. Verf. hält die Dilata-on der Harnröhre gerade hierbei für schäd-ch, durch diese kommt es sehr leicht zu rheblichen Reizzuständen in der Umgebung er inneren Oeffnung der Harnröhre. Die echnik der „Colpocystotomie" ist eine ein-ache, sei es dass man mit dem Messer oder nit dem Platindraht operirt. Verf. machte meist eine Längsinzision, nur bei gleich-eitiger Cystocele eine ellipsoide Exzision; chwierig scheint nur das Offenhalten der istel zu sein, denn vier Male musste er ierzu Nachoperationen machen. Der schliess-iche Erfolg ist nach Schluss der künstlichen istel durch die Naht ein absolut guter ge-esen; eine Patientin starb vor Schluss der istel nach Heilung des Blasenleidens an holera, zwei Patientinnen sind noch unter eobachtung und eine endlich will sich die istel nicht wieder schliessen lassen, da sie as Harnträufeln den Blasenkrämpfen, an enen sie bis dahin litt, absolut vorzieht. — a die Zeit der Operationen sich auf zwölf ahre vertheilt, ist zu schliessen, dass Verf. ich zu denselben nur aus den dringendsten eranlassungen entschlossen hat, und für der-rtige Fälle ist die Heilungsdauer von 1 bis $1^1/_2$ Jahren nicht zu lange, um so mehr als der rfolg ein entschieden günstiger zu nennen st. (Amer. Journal of Obstetr., April, 1878.)

Schon die ältere Literatur über Leukämie enthält Thatsachen, welche zur Vermuthung führen konnten, dass bei der Entstehung die-ser Krankheit ausser Milz und Lymphdrüsen noch ein anderes Organ betheiligt sei. Prof. Neumann führt vier Beobachtungen von Virchow und anderen Autoren an, bei wel-chen sich für die post mortem als unzweifel-haft festgestellte Leukämie weder in der Milz noch in den Lymphdrüsen eine Ursache vor-fand; auf das Knochenmark nahm man damals noch keine Rücksicht. Im Jahre 1869 konstatirte dann Neumann in einem Falle sogenannter lienaler Leukämie, neben dem sehr beträchtlichen Milztumor, eine eigenthüm-liche und weit verbreitete Affektion des Kno-chenmarkes und seitdem sind über 20 Fälle dieser myelogenen Form der Krankheit ver-öffentlicht worden. Neumann theilt diese Fälle in drei Gruppen ein: 1) Fälle, in wel-chen weder Milz noch Lymphdrüsen eine Hyperplasie zeigten, sondern ausschliesslich das Knochenmark betroffen war. Hierher ge-hören drei Fälle, darunter ein von Litten veröffentlichter, bei welchem das Krankheits-bild der perniziösen Anämie plötzlich in das der Leukämie überging, welche dann inner-halb vier Tagen zum Tode führte. — 2) Fälle, in welchen zwar eine gewisse Hyperplasie von Milz oder Lymphdrüsen bestand, bei denen aber der geringe Grad dieser Schwell-ung in einem Missverhältniss zu der hoch-gradigen Entwickelung der leukämischen Blut-beschaffenheit stand. Auch diese Gruppe ist klein und umfasst nur vier veröffentlichte Fälle. 3) Fälle, in welchen eine neben der Knochenmarkserkrankung bestehende bedeu-tende Vergrösserung der Milz oder der Lymph-drüsen oder beider Organe zugleich sich vor-fand. Hierher sind 15 sicher nachgewiesene Fälle zu rechnen, während vier weitere nicht ganz zweifellos sind. — Neumann betont, dass die Anschauungen, welche in der Leukämie eine selbstständige, von den Körperorganen unabhängige Erkrankung des Blutes sehen, bisher jeder positiven Begründung entbehren; dagegen steht andererseits die Thatsache fest, dass bisher noch kein Fall von Leukämie be-obachtet worden ist, in welchem nicht die Autopsie eine Erkrankung eines oder mehrerer derjenigen Organe konstatirt hätte, welchen ein Einfluss auf die Blutmischung zugeschrieben wird. Indem Verf. nun die Frage aufwirft, welche Stellung das Knochenmark gegenüber der Milz und den Lymphdrüsen bei der Ent-stehung der Leukämie einnimmt, hebt er noch-mals hervor, dass es reine myelogene Leukä-mieen gibt, d. h. solche, in welchen andere Ursachen als eine Erkrankung des Knochen-markes nicht nachweisbar sind. Es ist ferner

sehr bemerkenswerth, dass zwar Leukämieen ohne nachweisbare Erkrankung der Milz und Lymphdrüsen vorkommen, dass aber bisher noch kein Fall des in Rede stehenden Leidens veröffentlicht worden ist, in welchem das Knochenmark, falls dasselbe untersucht wurde, sich als normal erwies. Neumann ist demnach geneigt, dem Knochenmark eine dominirende Stellung bei der Genese der Leukämie zuzuschreiben und hält die Frage für berechtigt, ob nicht jede Leukämie myelogenen Ursprunges ist. Klinisch ist bisher nicht der Beweis erbracht worden, dass in den Fällen von Leukämie, in welchen neben einer Erkrankung des Knochenmarkes Milz- oder Lymphdrüsentumoren bestanden, nicht das Knochenmark die Quelle der Bluterkrankung darstellte. Was ferner die von Virchow hervorgehobenen Unterschiede im mikroskopischen Verhalten des Blutes anlangt (grosse mehrkernige Zellen bei lienalem, kleine Zellen mit einfachem rundem Kerne bei lymphatischem Ursprunge der Krankheit), so deduzirt Verfasser, dass die Qualität der im leukämischen Blute vorhandenen farblosen Zellen keinen bestimmten Rückschluss auf ihren Ursprungsort gestattet, sondern hauptsächlich davon abhängt, wie der hyperplastische Prozess das erkrankte Organ, also auch das Knochenmark, affizirt. Auch der chemischen Analyse, welche im Blute der lienalen Leukämie verschiedene „Milzabkömmlinge“ (Hypoxanthin, Leucin, Harnsäure, Milchsäure, Ameisensäure) nachwies, kann Neumann keine entscheidende Bedeutung beilegen; denn einerseits fehlt noch der exakte Beweis dafür, dass einer dieser Stoffe wirklich als der Milz eigenthümlich anzusehen ist, andererseits sprechen Thatsachen dafür, dass in Fällen sogenannter rein lienaler oder lienal-lymphatischer Leukämie Bestandtheile des Knochens (Glutin, ferner die Bestandtheile der Charcot'schen Krystalle) in das Blut übertreten. Endlich aber weisen auch verschiedene Thatsachen darauf hin, dass ausser der Milz und den Lymphdrüsen auch das Knochenmark als physiologische Quelle der farblosen Blutkörperchen in Betracht kommt. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 13. Juli 1878.) —

Die Entstehung des Bronchialathmens bespricht Dr. E. Aufrecht zu Magdeburg im deutschen Arch. f. klin. Medizin, 20. Bd. 1878. Aus seinen diesbezüglichen Untersuchungen glaubt derselbe folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: 1) Das am Lebenden hörbare Bronchialathmen entsteht da, wo innerhalb der Luftröhre oder der grösseren Aeste derselben die Luft durch eine verengte Stelle hindurch in eine beträchtlich weitere dringt oder wo die Luft an der Oeffnung eines in Lungengewebe verlaufenden Bronchus vorbeiströmt, in welchem sich eine ruhende Luftsäule befindet. 2) Das Einströmen von Luft aus einer engeren in eine weitere Partie, als die Entstehung des Bronchialathmens, geht unter normalen Verhältnissen nur an der Glottis vor sich. Unter abnormen Verhältnissen muss die Kompression eines Bronchus, wenn sie ein wohl nur schwer bestimmbares mittleres Maass nicht übersteigt, denselben Vorgang bedingen können. 3) Wenn unter normalen Verhältnissen das bronchiale Athmen nicht weit über die Trachea hinaus, insbesondere nicht über dem Lungengewebe hörbar ist, so hat dies darin seinen Grund, dass die durch die Athmung bedingte Verschiebung der Luftsäule die Bildung von Schallwellen innerhalb des diese Luftsäule umfassenden Rohres unmöglich macht. 4) Das über hepatisirten und infiltrirten Partieen des Lungengewebes sowie über Lungen-Kavernen hörbare Bronchialathmen entsteht ausschliesslich dadurch, dass die innerhalb dieser Partieen verlaufenden oder nach ihnen hinziehenden Bronchien durch die an ihrer Oeffnung vorbeiströmende — von den übrigens gesunden Lungenabschnitten inspirirte — Luft angeblasen, also in der in ihnen enthaltenen ruhenden Luft Schallwellen erzeugt werden. 5) Hepatisationen, Infiltrationen, Kavernen sind keineswegs durch die an ihr Vorhandensein geknüpfte Veränderung der Schallleitung für die Entstehung des Bronchialathmens massgebend, sondern nur durch die gleichzeitig mit ihrem Bestehen gegebene Möglichkeit der Bildung ruhender Luftsäulen innerhalb des Lungengewebes. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 31.

Erlangen, am 3. August 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Laminaria zur Dilatation des Gebärmutterkanales, antiseptisches Verfahren zur Verhütung von Metritis und Parametritis. Wirkungen von Kotorinde, Kotoin und Parakotoin. Zur pathologischen Anatomie des Skorbuts. Syphilis und Tuberkulose. Zur Abortivbehandlung der Syphilis. Ueber Entzündung. Das Vorkommen niederer Organismen in Keuchhustensputis. Resultate aus Untersuchungen des Magensaftes eines gastrotomirten Kranken mit Impermeabilität des Oesophagus, bei welchem der Speichel nicht in den Magen gelangen konnte.

Die von G. J. Wilson und Carl Braun in die gynäkologische Praxis eingeführte Verwendung der Laminaria zur Dilatation des Gebärmutterkanales verdient, sowie die Applikation des Pressschwammes zu dem gleichen Zwecke, ohne Zweifel den Vorzug vor den blutigen ~~Methoden; sie bietet nur die Gefahr~~, Metritis und Parametritis zu erregen und zwar in ziemlich unberechenbarer Weise. Diese Gefahr kann jedoch nach Professor B. S. Schultze zu Jena durch ein streng antiseptisches Verfahren sicher vermieden werden. Im ersten Halbjahre 1877 hat derselbe 60 Dilatationen bei 20 Patientinnen mit 124-maligem Einlegen von Laminaria vorgenommen, ohne nur ein Mal eine Erkrankung herbeizuführen; vom 1. Juli 1877 bis Mitte März 1878 aber mindestens die gleiche Anzahl von Dilatationen mittelst Laminaria ausgeführt und dabei nur in einem Falle Parametritis beobachtet, in dem er von seinem Prinzipe abgewichen war. Dieses Prinzip besteht darin, den Laminariastift nicht mit einer frischen Wunde in Berührung zu bringen. Die Einlegung der Laminaria erfordert bei diesem Verfahren allerdings mehr Zeit als bisher und Assistenz. Verfasser untersucht zuerst in der Rückenlage mit einer biegsamen Sonde aus Silber oder Kupfer, an der sich ein Centimetermaassstab für den tastenden Finger befindet und deren Knopfdurchmesser genau bestimmt ist (2, 3, 4, 5, 6 Mm.), Richtung und Krümmung des Uteruskanales. Tritt dabei Blutung ein, so wird die weitere Manipulation um 24 Stunden verschoben. Bei Knie-Ellenbogenlage wird ein kurzes halbrinnenförmiges Speculum eingeführt und von einem Assistenten gehalten, dann die Vagina mittelst in dreiprozentige Karbolsäurelösung getauchter Wattebäusche gereinigt und hierauf mit einer desinfizirten schmalen Hackenzange der Uterus an der vorderen Lippe gefasst und herabgezogen. Dann wird von Neuem die Richtung der Uterushöhle mit der desinfizirten Sonde bestimmt, auch jetzt aber bei etwaiger Verletzung die Einführung der Laminaria um 24 Stunden verschoben. Hierauf wird einem nach Länge und Dicke entsprechenden Laminariastifte die Biegung des Uteruskanales gegeben, zu welchem Zwecke derselbe 1—2 Minuten lang in kochende Karbolsäurelösung getaucht, gebogen und rasch durch kaltes Wasser starr gemacht wird. Unmittelbar aus der Karbolsäurelösung wird der mit einer Kornzange gefasste Laminariastift in die Uterushöhle eingeschoben. Ergibt sich hierbei ein Widerstand, so muss von Neuem mit der Sonde untersucht und auch jetzt noch bei der geringsten Blutung von der Einführung der Laminaria abgesehen werden. Liegt der Stift im Uterus, so wird dicht darüber ein in Karbolsäurelösung getauchter Salicylwattebausch auf die Vaginalportion aufgelegt, die Kornzange entfernt, der Zug am Uterus aufgehoben, das Scheidengewölbe durch Glyzerintampons ausgefüllt, dann die Hackenzange und das Speculum entfernt und die Kranke

auf ihr Lager gelegt, woselbst sie ruhig liegen muss, bis der Stift gehörig angequollen ist. Die wehenartigen Schmerzen werden durch heisse Wasserumschläge auf den Leib gemildert. Nach 6—8 Stunden ist die Quellung des Stiftes vollendet, doch kann er ohne Nachtheile auch 12—16 Stunden liegen. Wenn es nöthig ist, legt Verf. 3—4 Stifte hintereinander ein, aber immer nur 2 Stifte in 24 Stunden. — Behufs Entfernung und Wechsel des Stiftes wird das Speculum bei Knie-Ellenbogenlage eingeführt, mittelst der Kornzange erst der Wattetampon, dann sehr vorsichtig die gequollene Laminaria entfernt, endlich die Vagina mit Karbolsäurelösung ausgewaschen und der Uterus mittelst Hackenzange herabgezogen. Nun folgt die Sondirung des Uterus mittelst biegsamer Kupfersonden, deren Knopf 7—12 Mm. stark ist. Hat der Uterus über den inneren Muttermund hinaus eine Weite von 7 Mm., was bei ursprünglichem Kaliber von 4—5 Mm. schon nach der ersten Dilatation der Fall zu sein pflegt, so genügt die Erweiterung, um mit dem 6 Mm. messenden Uteruskatheter den Uterus mit Karbolsäurelösung auszuspülen oder ein anderes flüssiges Mittel zu applizieren. Uteruskatheter müssen, da sie nicht biegsam sein dürfen, in verschiedener Biegung zur Hand sein. Handelt es sich um stärkere Erweiterungen, etwa behufs Digital-Untersuchung, so erfolgt nach geschehener Karbolsäureausspülung die Einführung eines neuen Laminariastiftes auf Grund einer genauen Sondenuntersuchung wie das erste Mal und unter den schon angegebenen Kautelen. — Die Einführung der Laminaria in den normal gelagerten, oder antevertirten, oder anteflektirten Uterus geschieht am leichtesten in der Knie-Ellenbogenlage, in den retrovertirten oder retroflektirten dagegen in der Steiss-Rückenlage. — Ist eine kontinuirliche Blutung Anlass zur Dilatation, so ist bei der Sondenuntersuchung und bei der Einführung der Laminaria besondere Vorsicht nöthig. — Zur Ausführung der Dilatation wird am besten die erste und zweite Woche nach der Menstruation gewählt, dagegen vermeidet Schultze die Woche vor derselben. Zuweilen erfolgten mehrtägige mässige Blutungen, auch wohl vorzeitiger Eintritt der Regeln, ohne weiteren Nachtheil nach Ausspülung des Uterus mit Karbolsäure. — Nach des Verfassers Erfahrung werden durch wiederholte Dilatationen und Karbolsäure-Einspritzungen alle Metritiden und chronische Para- und Peri-Metritiden vortheilhaft beeinflusst; in einer Anzahl von Fällen liess sich dauernde Verkleinerung des durch die chronische Entzündung vergrösserten Uterus konstatiren. Es spielten hierbei wohl die durch die quellende Laminaria hervorgerufenen Kontraktionen des Uterus eine wichtige Rolle. Auch die mechanischen Bedingungen der Konzeption werden für einige Tage durch Laminaria-Erweiterung günstiger gemacht. Starke und wiederholte Dilatationen hinterliessen länger anhaltende Erweiterung des Cervikalkanales (Gynäkol. Centralblatt, II 7 1878.) —

In einer direkten Mittheilung an die Redaktion der allgemeinen mediz. Centralzeitung (vom 10. Juli 1878) berichtet Dr. Frommüller, k. Bezirks- und Spitalarzt zu Fürth, über die Kotorinde, das Kotoin und das Parakotoin. Er selbst hat seit dem 16. Februar 1877 im Ganzen gegen 200 Male Koto und dessen Präparate therapeutisch verwendet. Bei 143 Fällen hat er genaue tabellarische Aufzeichnungen am Krankenbette hierüber gemacht, deren Resultate folgende sind: Von den Kranken, welche das Mittel nahmen, standen 3 im Alter von 1—10 Jahren, 27 waren zwischen 10 und 20 Jahren, 65 zwischen 20 und 30, 36 zwischen 30 und 40, 7 zwischen 40 und 50 und endlich 5 zwischen 60 und 70 Jahren alt. Die Krankheiten, an denen diese Patienten litten, waren 62 Mal Lungentuberkulose, 38 Mal Typhus, 12 Mal katarrhalische Diarrhoe, 8 Mal akuter Gelenkrheumatismus, 6 Mal Gastricismus, 6 Mal Pneumonie, 3 Mal Menstrualkolik, 2 Mal Bronchitis, 2 Mal Oedem der Füsse und endlich je 1 Mal Rheuma, Anorexie, Diphtherie und Albuminurie. Mit diesen Krankheiten war 93 Mal starke Diarrhoe meist kolliquativer Natur und 91 Mal übermässige Schweissbildung, ebenfalls meist kolliquativer Natur, verbunden; beide Komplikationen kamen oft auch gleichzeitig vor. Von den verschiedenen Präparaten war 109 Mal Kototinktur von 15—500 Tropfen, per Tag im Durchschnitte gegen 100 Tropfen, zur Anwendung gekommen; ferner 24 Mal Kotoin und zwar 2 Mal als Saft und 22 Mal als Pulver von 0.1 bis 0.3 mehrmals im Tage; 5 Mal Parakotoin in etwas höheren Dosen; endlich 5 Mal Kotoweichharz und zwar 2 bis 10 Pillen à 0.06 für den Tag. — Die klinische Verwendung der Koto-Präparate war vorzugsweise nur eine symptomatische, zunächst gegen

die übermässigen Diarrhöen und die exzessiven Schweisse gerichtet, die bei den oben angeführten Krankheiten mitunterliefen und meist kolliquativer Natur waren, mehrmals auch gegen mitauftretende Appetitlosigkeit. a) Gegen Diarrhöen, bei welchen in der Regel anderweitige Mittel wirkungslos geblieben waren, wurde Koto im Ganzen 92 Mal in Anwendung gezogen und zwar 85 Mal die Kototinktur. Die bezüglichen Diarrhöen waren meist kolliquativer Natur in Folge von Typhus oder Tuberkulose. Zum Aufhören wurden dieselben in 50 Fällen gebracht, gemindert in 26, erfolglos blieb das Mittel in 9 Fällen. Die geheilten 50 Fälle wurden erzielt mittelst Tinct. Coto und zwar 13 Mal mittelst 10 bis 50 Tropfen, 12 Mal mittelst 50—100 Tropfen und 25 Mal mittelst 100—500 Tropfen für den Tag. Die 9 Nichterfolge der Kototinktur fanden statt: 4 Mal bei 10—50 Tropfen, 3 Mal bei 50—100 und 2 Mal bei 100—500 Tropfen für den Tag. Nach einigen Tagen kehrten in der Mehzahl der Fälle namentlich die kolliquativen Diarrhöen wieder, liessen sich dann aber ebenso wieder beseitigen; öfter aber auch trat bald regelmässiger Stuhl ein. — Aus obiger Zusammenstellung ersieht man, dass die meisten Erfolge mit den höheren Gaben erzielt wurden, andererseits bei den geringeren Gaben mehr Nichterfolge statt hatten. Die Kototropfen (1 Theil Rinde auf 9 Theile 85 prozentiger Alkohol) wurden, theils rein, theils mit Wasser verdünnt, in der Regel gerne genommen. Nur einige Male kam es vor, dass die Patienten über Brennen und Kratzen im Schlunde dabei klagten, nämlich dann, wenn bei den höheren Dosen die Tinktur in der Apotheke bereitet worden war. Die bei Merk in Darmstadt bereitete war milder und besser zu nehmen. Als besonderer Vortheil stellt sich bei dem Gebrauche dieses Mittels heraus, dass dasselbe nämlich sehr gut vertragen wird und in der Regel den Appetit erhöht, während die anderen gebräuchlichen stopfenden Mittel, wie Opium, Tannin, Silbersalpeter u. s. w., gewöhnlich Verdauung oder Sensorium sehr unangenehm berühren. Als mittlere Gabe dürften sich ungefähr 150 Tropfen für den Tag, in drei Dosen zu 50 Tropfen zu nehmen, rein oder auf Zucker oder in Wasser verdünnt, empfehlen. — b) Gegen übermässigen Schweiss. Im Juni 1877 machte Fronmüller die Beobachtung, dass bei einem Phthisiker, der zu gleicher Zeit an kolliquativem Schweisse und Durchfalle litt, auf eine kräftige Gabe von Kototinktur mit dem Aufhören der Diarrhoe auch der exzessive Nachtschweiss verschwand. Von da an wandte er dieses Mittel auch speziell gegen Hyperidrosis an und gewann dabei sehr gute Resultate. Er verordnete die Tinctura Coto im Ganzen 91 Mal gegen dieses Uebel und zwar 34 Mal mit vollkommenem, 36 Mal mit theilweisem und 21 Mal mit negativem Erfolge. Die 34 ganzen Erfolge bewirkte er 5 Mal mit 10—50 Tropfen, 12 Mal mit 50—100 und 17 Mal mit 100—500 Tropfen für den Tag. Die 21 Nichterfolge dagegen hatten Statt: 5 Mal bei 10—50 Tropfen, 4 Mal bei 50—100 und 12 Mal bei 100—500 Tropfen für den Tag. — Die gute Wirkung, welche vorzugsweise ihren Grund in der Erhöhung der Energie der Hautgefässe zu haben scheint, erstreckte sich in der Regel nur auf eine Nacht, mehrmals aber auch auf längere Zeit. Die Verdauung wurde dabei nicht gestört, häufig sogar die Esslust erhöht, so dass Verf. die Koto-Tinktur auch mehrmals als reines Stomachicum in den Morgenstunden bei Anorexie einnehmen liess. Bedenkt man, wie schwer es ist, mit den bisherigen Mitteln die Hyperidrosis siegreich zu bekämpfen, und welche schlimmen Hilfstruppen, wie Tannin, Blei, Boletus, Silbersalpeter, Aconit, Alaun u. s. w., mit ihren feindlichen Beziehungen man dagegen die Verdauung in's Gefecht zu führen gezwungen ist, so muss man dagegen der durchaus unschädlichen, die Verdauung nicht allein nicht störenden, sondern dieselbe häufig sogar fördernden Kototinktur alle Anerkennung schenken. Es sind hier Gaben von 100—200 Tropfen, mitunter auch noch höhere erforderlich (bei Nachtschweissen sind dieselben gegen Abend zu nehmen). — Kotoin und Parakotoin hat Fronmüller (mit nachträglicher Zuziehung einiger in letzter Zeit gemachter Beobachtungen) im Ganzen 18 Mal gegen Diarrhöen verschiedener Art, darunter 9 Mal mit vollkommenem, 6 Mal mit theilweisem und 3 Mal mit keinem Erfolge angewendet; gegen exzessiven Nachtschweiss ebenfalls 18 Mal: 8 Mal mit vollkommenem, 9 Mal mit theilweisem und 1 Mal mit keinem Erfolge, das Parakotoin wurde 5 Mal, das Kotoin 31 Mal gereicht. Es walten hier bezüglich der Wirkung ganz ähnliche Verhältnisse ob wie bei der Kototinktur; 100 Tropfen der letzteren dürften ungefähr 0.15 Kotoinpulver entsprechen. Der Urin hatte die Eigenthümlichkeit nach dem Einnehmen von Kotoin, dass er ungefähr 6 Stunden darauf, mit konzentrirter Salpetersäure behandelt, eine auf-

fallend rothe Farbe annahm, welches Phänomen nach Verlauf mehrerer Stunden wieder verschwand. Dem Gebrauche des Kotoins, welches als Pulver mit Zucker besser zu nehmen ist als die Kototinktur, steht bis jetzt der hohe Preis entgegen, per Gramm nämlich 3—4 Mark. Bezüglich der Kotoweichharz-Pillen hat Verfasser noch zu wenig Beobachtungen gemacht, um sich ein Urtheil über deren Wirkung bilden zu können. —

Im Besitze eines reichlichen Materiales, welches er gegenwärtig bearbeitet, sieht sich Dr. N. Uskow, Ordinator am Marine-Spitale zu Kronstadt in Russland, in der Lage, folgende „Beiträge zur pathologischen Anatomie des Skorbuts“ (im Centralblatt f. d. med. Wissenschaften vom 13. Juli 1878) zu veröffentlichen: 1) Der Skorbut ist eine Allgemeinkrankheit mit einer Reihe charakteristischer anatomischer Veränderungen. 2) Das Charakteristische dieser Veränderungen liegt nicht in einem einzelnen Organe, sondern im ganzen Gefässsysteme, welches disseminirt erkrankt ist. 3) Am beständigsten ist die Affektion des Zahnfleisches (an diesem sind hauptsächlich Uskow's Untersuchungen gemacht). 4) Die Erkrankung des Zahnfleisches beginnt in den tiefen Schichten und besteht in der Bildung von Hemmnissen in den Blutgefässen; die Stase in den Papillen des Zahnfleisches ist bloss Folge jener Hemmnisse. Die Blutgefässe der Papillen sind oft so angefüllt, dass von der Papille fast nur das Epitel nachbleibt. — 5) Die Erscheinungen in den tieferen Schichten des Zahnfleisches sind: a) mehr weniger starke Schwellung des Endotels der Kapillaren und kleinen Arterien. Die Schwellung ist verschieden stark an verschiedenen Stellen desselben Gefässes. Die Lichtung des Gefässes ist gewöhnlich vergrössert und vollgestopft fast ausschliesslich bald mit rothen, bald mit weissen Blutkörperchen und nur selten mit beiden gleichzeitig. An den Stellen von Anschoppung der weissen Blutkörperchen ist die Schwellung des Endotels am ausgesprochensten, an den Stellen von Anschoppung der rothen Blutzellen ist das Endotel fast normal, nur ist es hier oft abgelöst von der Gefässwand und liegt in der Lichtung des Gefässes zwischen den rothen Blutkörperchen. — b) Später erfolgt ein Extravasat von rothen Blutkörperchen, welche in ein hellbraunes, durchsichtiges, grob- und feinkörniges Pigment übergehen. Eine Zerreissung der Gefässe hat Uskow nicht gesehen. c) An den Stellen von Anschoppung weisser Blutkörperchen schwillt das Endotel derart an, dass es eine runde Form annimmt und oft nicht von den weissen Blutkörperchen zu unterscheiden ist. Proliferation wurde nicht beobachtet, aber später findet man d) dicke, feste Bindegewebsbündel, zwischen denen grössere oder kleinere Nester von runden Granulationszellen eingelagert sind. Die Substanz der Bindegewebsbündel selbst ist nicht verändert, nur in den Spalten sieht man hellbraunes feinkörniges Pigment. e) Die erwähnten Granulationszellen zeigen nirgends Spuren von fettiger Degeneration. — 6) Bei hochgradiger Erkrankung gangränesziren die Papillen des Zahnfleisches und zerfallen in einen mattglänzenden Detritus; nur bei weiterem Fortschreiten des Zerfalles werden die Granulationszellen mitergriffen. 7) Die beschriebene Affektion ergreift oft die tiefen Schichten des Periosts; zwischen diesem und dem Knochen findet man Spuren von Blutextravasaten und Karies (Usur, Myeloplaxen). 8) Eine gleiche Veränderung der Gefässe beobachtet man, wenn auch seltener, an dem Perioste der vorderen Enden der Rippen. 9) Bei hochgradiger Affektion ist das vordere Ende des Rippenknochens von Ostitis rarefaciens ergriffen. 10) Diese führt zur völligen Zerstörung der kompakten Knochensubstanz, so dass die spongiöse Substanz der Rippe ohne Gränze in's Periost übergeht, welches das Aussehen von Knochenmark angenommen hat; später wird die Verbindung der Rippe mit dem Knorpel zerstört und dislocirt. 11) Das Knochenmark sowohl der Rippen als auch der Röhrenknochen (Humerus) ist roth und besteht bei mikroskopischer Untersuchung aus rothen und weissen Zellen, sowohl diese als auch jene theils mit theils ohne Kern; daneben finden sich an einzelnen Stellen Fettzellen und Pigment. 12) Somit tritt beim Skorbut eine Reihe akuter Entzündungserscheinungen an den Gefässen auf. 13) Ob diese Veränderungen an den Gefässen abhängen von einer Veränderung des Blutes, kann Uskow nicht sagen; wenigstens die Zahl der Blutkörperchen ist nicht abnorm (in einem Kubikmillimeter Blut 3.500.000 bis 4.700.000 rother Blutkörperchen und 20.000 bis 47.000 weisser). 14) Wenn beim Skorbut entzündliche Erscheinungen vorkommen, so musste man auch Fiebererscheinungen erwarten und eine genauere Beobachtung der

ranken bestätigte diese Erwartung; bei einer Affektion der äusseren Theile (ohne Neuritis, Perikarditis) war die Temperatur nicht gerade hoch (36.3—37.9° C.), aber die Morgenremissionen betrugen 1—1½ Grad. —

Nach der Ansicht des Prof. Colomiatti in Turin, welcher kürzlich eine durch die Turiner Akademie publizirte Monographie über „Syphilis in Form von phthisischen Produkten“ schrieb, sind Syphilis und Tuberkulose zwei wesentlich verschiedene Krankheitsprozesse, und wenn ächte Tuberkel in syphilitischen Produkten vorkommen, wie dies z. B. Fod gesehen hat, so ist dies noch kein Beweis für die Identität der beiden in Rede stehenden Krankheiten. Sie sind einander nur ähnlich; doch ist es leicht möglich, selbst in den Lungen, woselbst die Aehnlichkeit am grössten ist, die Syphilis von der Tuberkulose zu trennen. — Der gewöhnlichste Typus der Lungensyphilis ist der der Pneumonia interstitialis, deren Kennzeichen Colomiatti in Folgendem zusammenfasst: Die bindegewebigen gefässhaltigen Scheidewände zwischen den einzelnen Infundibulis und Alveolis erscheinen defekt oder auf einen kleineren Durchmesser reduzirt. Um die Bronchien befindet sich ein Zelleninfiltrat, Induration. Die Formelemente dieses Infiltrates sind runde und ovale Zellen, welche arm an Protoplasma sind. Ausserdem findet man in dem indurirten Gewebe spindel- und sternförmige Zellen, welche mit mit Pigment oder Fett infiltrirten Riesenzellen in Verbindung stehen. Der nicht indurirte Antheil des peribronchialen Gewebes ist dem jungen Bindegewebe (Granulationsgewebe) ähnlich. Der Prozess bleibt aber nicht interstitiell; nach und nach greift er auch auf die Innenfläche der Infundibula und Alveolen über, die Epitelien der letzteren degeneriren fettig. So lange das peribronchiale Gewebe allein erkrankt ist, ist das Sekret, d. h. die Expektoration, sehr spärlich, obwohl klinisch mittelst der Perkussion schon eine Veränderung des Lungenparenchyms nachweisbar und grosse Beklemmung zugegen ist. — Der zweite Typus der Lungensyphilis ist der der Pneumonia catarrhalis. Die Infundibula und Alveolen erscheinen hierbei mit Epitelzellen gefüllt, ausserdem enthalten dieselben Riesenzellen, welche gewöhnlich den grössten Theil der Alveolen ausfüllen. Auch die Wanderzellen fehlen daselbst nicht. Die Gefässe der Infundibular- und Alveolar-Scheidewände sind zu der Zeit, zu welcher die Zellen noch nicht degenerirt sind, mit Blut überfüllt; nach der fettigen Degeneration der zelligen Elemente findet man gewöhnlich käsige Herde und obliterirte Gefässe vor. Dass in diesen Fällen Luës und nicht etwa Tuberkulose vorliegt, ergibt sich aus dem Umstande, dass es in derartigen Fällen niemals zu einer Miliartuberkulose des Peritoneums kommt. — Man kann wohl durch Inokulation eines syphilitischen Geschwürsekretes in einem Kaninchen die sogenannte spontane Tuberkulose (Pneumonia catarrhalis chronica) hervorrufen; dies beweist aber noch immer nicht die Identität der zwei Prozesse, weil in einer solchen künstlichen Tuberkulose das wichtige Kennzeichen der Lungensyphilis, ein interstitielles Fortschreiten, abgeht. Eine Kombination beider Prozesse ist wohl möglich, die Tuberkulose nimmt hierbei ihren gewöhnlichen tödtlichen Verlauf. Beide Fälle, welche Colomiatti zum Behufe der Illustration in extenso mittheilt, sind nichts weniger als geeignet, in die Frage irgend welches Licht zu bringen. 1. Fall. Ein sechsjähriges Mädchen wird das Opfer eines Nothzuchtsversuches, welcher an dessen Genitalien eine Geschwürbildung zur Folge hat, worauf eine Ophthalmie (Gesichts-Nasen-Hautkrankheit) folgt (was um so weniger als ein Zeichen der syphilitischen Infektion gelten kann, als das Mädchen schon früher an Lymphdrüsenvereiterung und Husten gelitten hat; Ref.). An den Genitalien gesellte sich aber zu dem Geschwüre ein Erysipel, welches dann Elephantiasis der grossen Lefzen zur Folge hatte; in den hypertrophirten Labien entwickelten sich dann Knoten. Die mikroskopische Untersuchung des Verf. ergab die Diagnose Lupus. „Die Untersuchung war aber nicht ganz exakt“, sagt er selbst, „das war eigentlich ein Lupus „„mit Virus tuberculare““, welcher die Patientin tödtete“. — 2. Fall. Ein 29jähriger Mann leidet im Jahre 1871 in Folge eines „Lupus“ der Nase an Halsdrüsenvereiterung. Im Jahre 1875 stirbt er. Die Sektion ergab ein Lungenleiden, Kavernen, käsige Herde, Miliarknötchen in den Lungenspitzen. Verf. nimmt nun an, dass der angebliche Lupus der Nase eine lokale Tuberkulose der Nasenspitzen war, weil das Vorkommen einer solchen von Rindfleisch bereits konstatirt worden ist; er selbst hat aber den betreffenden Fall damals weder gesehen noch untersucht. An diesen zweiten Fall knüpft Colomiatti folgende

Wahrnehmungen: Hätte nun der zweite Kranke irgend einmal an Luës gelitten, so hätte man sicherlich den Fehler begangen, diesen Lupus der Syphilis und auch die Tuberkulose der Syphilis zuzuschreiben, sich zu einer von der seinigen abweichenden Theorie verleiten lassen. Wenn nun neben Tuberkulose Luës auftritt, so kann höchstens von einem hemmenden Einflusse der ersteren auf die Heilung der letzteren die Rede sein. Andererseits ist nach Verfasser anzunehmen, dass die primärsyphilitische Infektion eine Prädisposition zur Tuberkulose zur Folge hat. Als Beweis hiefür führt derselbe an, dass verhältnissmässig viele Prostituirte an Tuberkulose zu Grunde gehen. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1878 Nr. 28.) —

Dr. Gustav Emil Weisflog, welcher eine abortive Behandlung der Syphilis als im Bereiche der Möglichkeit liegend betrachtet, sagt, dass, wer überhaupt an eine Theorie glaube, müsse auch zugeben, dass es nur der Auffindung eines Mittels oder einer Methode oder auch beider bedürfe, um die Entwicklung der lokalen Vergiftung zu einer allgemeinen zu verhindern. Er stützt sich hierbei namentlich auf den Umstand, dass zwischen der lokalen Erkrankung und der allgemeinen Infektion ein ziemlich grosser Zeitraum liegt, während dessen hinlänglich Gelegenheit und Zeit geboten sei, dem weiteren Vordringen des Giftes im Organismus zuvorzukommen. Nur sei es schwer, den Werth der Mittel und Methoden zu beurtheilen, da man erst nach Verlauf von Jahren einen endgiltigen Schluss zu ziehen in der Lage sei. Bis jetzt stehe therapeutisch nur das fest, dass diejenigen Mittel, welche mit Erfolg gegen das Allgemeinleiden wirken, dennoch nicht im Stande seien, eine allgemeine Infektion bei innerlicher Verabreichung zu verhindern, wodurch wenigstens die Richtung angedeutet werde, in welcher die Abortivbehandlung der Syphilis nicht gesucht werden dürfe. Indem Verf. noch an der bisherigen Auffassung festhält, dass die Infektion nur auf dem Wege der Lymphbahnen erfolge, legt er den Versuchen von Broca eine grosse Bedeutung bei. Letzterer suchte die Allgemein-Infektion dadurch zu verhindern, dass er bei Schwellung der Inguinaldrüsen bei gleichzeitigen syphilitischen Geschwüren der Geschlechtstheile die Drüsen inzidirte und durch Injektion von Jodtinktur in Entzündung versetzte, wodurch er das syphilitische Gift zu zerstören hoffte. Er wurde durch die Beobachtung geleitet, dass bei vereiternden Leistenbubonen häufig das syphilitische Allgemeinleiden nach Geschwüren ausblieb, und er versuchte diesen Vorgang der Natur künstlich nachzuahmen. Weisflog bemerkt selbst, dass heute Niemand diese Methode der Abortivbehandlung für stichhaltig ansehe; die Methode sei falsch, aber nicht die ihr zu Grunde liegende Idee. Man müsse vielmehr der Ausbreitung des Giftes zuvorkommen, noch ehe es in die verschiedenen Lymphverzweigungen gelangt wäre. Es handle sich darum, das Ziel Broca's auf einem anderen Wege, nach einer vom Verf. geübten Methode zu erreichen. Letzterer erinnert an die von ihm früher gemachte Angabe, dass die wässerige Lösung des salpetersauren Quecksilberoxyduls, subkutan injizirt, die Eigenthümlichkeit besitzt, an nicht bereits entzündeten Körperstellen niemals Abszesse hervorzurufen, jedoch an schon entzündeten Theilen ausnahmelos Abszesse zu bewirken. Die beiden Eigenschaften lassen sich vortrefflich und mit dem absolutesten Erfolge dazu verwerthen, dem Schankergifte auf seinem Wege vom lokalen Infektionsherde nach den Drüsen der Inguinalgegend und des Mons Veneris die Möglichkeit der Weiterverbreitung abzuschneiden. Weisflog pflegt daher in allen verdächtigen Fällen schon die örtliche Behandlung mit einer subkutanen Injektion des genannten Mittels in die Gegend zwischen den äusseren Genitalien und dem ihnen zugekehrten Ende der Inguinaldrüsenkonvolute zu verbinden. Befinden sich diese Drüsen oder die ihnen zuführenden Lymphbahnen nicht bereits in einem Zustande entzündlicher Reizung, so findet keine Abszessbildung Statt und es folgt nie eine allgemeine Infektion, wenn die subkutanen Injektionen so lange alle 10—12 Tage wiederholt wurden, bis die lokalen Infektionsherde nicht nur verheilt, sondern auch ihre Indurationen geschwunden waren. In den Fällen, in welchen es nach der Injektion wegen schon vorhandener Entzündung zu Abszessbildung kam, folgte ebenfalls keine Syphilis. Weisflog hat diese Abortivbehandlung der Syphilis seit 5 Jahren in 32 Fällen unzweifelhaft indurirter und gemischter Schanker geübt, wobei in 14 Fällen beiderseitige Abszessbildung,

in 6 Fällen nur einseitige erfolgte. Hiervon hat er 28 Personen wieder gesehen, welche vollkommen frei von Syphilis geblieben waren. Auch die Nachkommenschaft, soweit solche vorhanden, war vollkommen frei von diesem Leiden. — Dieses Verfahren gründet sich nach Verfasser auf den Satz, dass das Quecksilber seine höchste Wirksamkeit als Antisyphilitikum nur dann entfalten kann, wenn es mit dem Schankergifte in den davon ergriffenen Geweben in direkte Berührung kommt, und dies geschehe, indem diejenigen Gewebe mit Quecksilber imprägnirt werden, welche das Schankergift auf dem Wege zum allgemeinen Säftestrom durchsetzt. Schliesslich führt er noch für diese Eigenschaft des Quecksilbers an, dass man die Infektions-Fähigkeit des syphilitischen Giftes bekanntlich dadurch zerstören kann, dass es mitunter schon gelinge, die Schanker durch Quecksilberpräparate örtlich zu zerstören, und dass man bei zeitiger Anwendung auch hier manchmal einer syphilitischen Infektion vorzubeugen im Stande sei, was aber in der Regel nicht gelinge, weil syphilitisches Gift schon in den nächsten Lymphbahnen über die Indurationen hinaus verbreitet sei. (Schmidt's Jahrbücher der gesammten Medizin, 1878, Nr. 4.) —

Dr. Magni sieht in den meisten entzündlichen Prozessen nichts weiter als eine Steigerung der physiologischen Funktion. So lange dabei die Veränderungen der anatomischen Gewebselemente nur unbeträchtliche sind, ist vollkommene Rückkehr zur Norm möglich; sobald dagegen die ursprünglich sekundäre Wucherung der Gewebselemente als selbstständiger Faktor in das Krankheitsbild eintritt, erfolgt Bildung von Narbengewebe und Schrumpfung des Organes. — Die physiologische Funktion der Bindehaut liegt in der Schleimhautabsonderung, indem die oberflächlichsten Epitelzellen einer schleimigen Entartung anheimfallen und sich abstossen. Der Ersatz dieser Epitelzellen geschieht durch die lymphoiden Zellen, welche die eigentliche Mucosa erfüllen. Das Nachrücken dieser Zellen zum Epitel wird durch den Strom der aus den Blutgefässen austretenden Lymphe begünstigt, welcher — sowie der Blutstrom selbst — gegen die Oberfläche der Bindehaut gerichtet ist. Während aber die weissen Blutkörperchen durch die Basalmembran der Bindehaut hindurchwandern, wird die Lymphe durch dieselbe im Gewebe zurückgehalten. — Eine einfache Steigerung dieses Prozesses stellt die katarrhalische Entzündung dar. Die vermehrte Sekretion ist die Folge einer reichlicheren Abstossung schleimig metamorphosirter Epitelzellen, welche aus dem ebenfalls zellenreicher gewordenen „Tessuto citogene" (d. h. aus der eigentlichen Mukosa) beständig nachgeliefert werden. Bei sehr grosser Intensität des Entzündungsprozesses erfolgt das Nachrücken der Rundzellen an die Oberfläche so stark, dass dieselben keine Zeit finden, die Metamorphose in Epitelzellen mit nachfolgender schleimiger Erweichung durchzumachen, so dass die Sekretion eine eiterige wird — Blennorrhoe. Wenn in Folge des Entzündungsprozesses die Basalmembran ihre Undurchgängigkeit für Lymphe einbüsst, so tritt gleichzeitig mit den Rundzellen auch Lymphe an die Oberfläche, woselbst sie gerinnt und einen Beleg herstellt — krupöse Bindehautentzündung. Findet die Gerinnung der Lymphe noch im Gewebe selbst Statt, so führt sie zur Nekrose desselben — diphtherische Entzündung. In vielen Fällen geht die Neubildung von Zellen in der Mukosa über jenes Maass hinaus, welches durch die epiteliale Abstossung erfordert wird, und dauert fort, wenn auch die Sekretion sich wieder verringert hat. Dann hat man eine selbstständige Wucherung der Mukosa vor sich, welche später zur Bildung von Narbengewebe führt — Trachom. In ganz ähnlicher Weise gehen die Entzündungsprozesse in der Schleimhaut des Thränensackes sowie in den Meibom'schen Drüsen vor sich. Die entzündlichen Vorgänge in der Hornhaut und der Iris bieten insoferne einige Abweichungen von dem Vorstehenden dar, als diese beiden Organe nicht der Sitz einer Sekretion sind und der physiologische Ernährungsvorgang sich daher nur auf die Erhaltung des Gewebes, speziell in der Iris noch auf die Unterhaltung der Muskelthätigkeit beschränkt. — Die zahlreichen beigegebenen Abbildungen zeigen unter Anderem den Querschnitt einer Bindehaut mit den von Henle zuerst beschriebenen, seither aber von den Meisten in Abrede gestellten schlauchförmigen Drüsen, an deren Existenz Magni festhält. („Il processo flogistico considerato in alcuni tessuti dell' organo visivo". — Studio anatomico-fisioclinico del Prof. Francesco Magni. — Bologna, 1877, 128 S.) —

Auf der 50. Naturforscherversammlung zu München sprach in der Sektion für Kinderkrankheiten am 21. Sept. 1877 Dr. Birch-Hirschfeld aus Dresden über das Vorkommen niederer Organismen in den Sputis beim Keuchhusten. Nachdem er einen kurzen Ueberblick der Angaben hinsichtlich des obigen Gegenstandes gegeben, sprach er über seine eigenen Erfahrungen in dieser Richtung. Es wird hierbei hervorgehoben, dass zwar stets Organismen aus der Klasse der Bakterien vorhanden waren, aber keine durch besondere morphologische Verhältnisse charakterisirten. Nur wäre hinsichtlich der, namentlich in nicht unmittelbar nach der Entleerung untersuchten Sputis, vorhandenen Kugelbakterien hervorzuheben, dass dieselben oft eine auffallende Unordnung zeigten, indem die Rosenkranzketten in eigenthümlicher Weise, gleichsam guirlandenartig zusammenhingen. Wahrscheinlich sind diese Bildungen identisch mit den von Letzerich beschriebenen spinnwebenartig zusammenhängenden Thallusfäden. Gegen den Versuch, wie er neuerdings gemacht wurde, diese oder analoge Körper ohne Weiteres als spezifische Träger des Keuchhustenkontagiums anzusehen, hebt Hirschfeld hervor, dass er genau dieselben Formen auch in einfachen katarrhalischen Sputis gefunden habe. Auch durch Kulturen sei bisher nicht erwiesen, dass in den Sputis bei Keuchhusten spezifische Organismen vorhanden seien, denn es seien die bisherigen Versuche nicht mit den genügenden Kautelen gegen zufällige Beeinflussung der Kultur durch die Beschaffenheit des Kulturbodens, namentlich den bereits vorher vorhandenen Gehalt desselben an Keimen von Organismen gemacht; namentlich sei dieser Einwand berechtigt, wenn es sich z. B. um einen Kulturboden wie Apfelsinenschalen handle. Redner kann hinsichtlich seiner eigenen Erfahrungen in dieser Richtung nur hervorheben, dass trotz mit aller Vorsicht angestellter Versuche bisher die Kulturen kein Resultat ergaben, da sie in den einzelnen Fällen die Entwicklung ganz verschiedenartiger Elemente zeigten, so dass man annehmen musste, es seien bereits in der Aussaat zufällig verschiedenartige Keime vorhanden gewesen. Auch bei seinen Versuchen, den Keuchhusten auf Kaninchen zu übertragen, war der Vortragende nicht so glücklich wie Andere; wohl entstand, nachdem Sputa von Keuchhustenkranken auf die Respirationsschleimhaut von Kaninchen gebracht waren, Husten, zuweilen auch in Paroxysmen auftretend. Genau ein gleicher Husten, der übrigens nur wenig an Tussis convulsiva erinnerte, wurde mehrfach nach Uebertragung katarrhalischer Sputa, diphtherischer Massen u. s. w. erhalten; auch entsteht derselbe nicht selten spontan bei Kaninchen. (Allg. medic. Centralzeitung, 1878, 20. Juli.) —

Bei dem von Verneuil gastrotomirten Kranken mit Impermeabilität des Oesophagus, bei welchem der Speichel nicht in den Magen gelangen konnte, untersuchte Charles Richet den Magensaft und gelangte dabei zu folgendem Resultate: 1) Die Säure sowohl des reinen als des mit Nahrungsmitteln vermischten Magensaftes beträgt 1 Theil Salzsäure auf 1000 Theile Flüssigkeit. 2) Am Ende der Verdauung nimmt die Säure zu und bleibt unabhängig von der Masse der flüssigen Nahrung, die im Magen enthalten ist. Alkohol vermehrt die Säure; Rohrzucker vermindert sie. 3) Bei Einführung von sauren oder alkoholischen Stoffen in den Magen behält der Magensaft immer die Tendenz, den normalen Säuregehalt wieder zu erlangen. 4) Die mittlere Zeit für die Verdauung beträgt drei, höchstens vier und eine halbe Stunde. Die Nahrungsstoffe treten nicht successive, sondern so zu sagen en bloc aus. Es öffnet sich der Pylorus, sobald der Mageninhalt eine physikalisch und chemisch hinreichend vorbereitete Eigenschaft erlangt hat. 5) Mehrere exakte Untersuchungen nach der Schmidt'schen Methode ergaben, dass die Salzsäure frei im Magensafte sich vorfand. 6) Nach einer präzisen Methode kann man alle Milchsäure, die im Magen enthalten ist, extrahiren und berechnet sich das Verhältniss zur Salzsäure wie 1:9. 7) Nach der Berthollet'schen Methode, d. h. durch Schütteln mit Aetheranhydrid, kann man nachweisen, dass auch die Milchsäure frei im Magensafte enthalten ist, entweder rein oder mit Nahrungsmitteln gemischt. 8) Es scheint jetzt die Frage über die freie Säure im Magen insoferne gelöst, als auf 1000 Grm. Magensaft 1.53 freie Salzsäure und 0.42 freie Milchsäure zu berechnen sind. (Wien. med. Wochenschrift, 1878, Nr. 29.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 32.

Erlangen, am 10. August 1878.

Wöchentlich
n Bogen von
8 Quartseiten.
reis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

ahalt. Zur Anatomie der syphilitischen Initial-Sklerose. Ueber Kommunikation der Nabelvene mit einer Bauchvene. Zur physiologischen Wirkung der Abführmittel. Die Katgutresorption. Doppeltkohlensaure Alkalien nothwendige Bestandtheile des Thierkörpers. Fall von Fettherz. Einfluss der Medulla oblongata auf die Augenbewegung. Ueber umschriebene millimetergrosse Stellen in der weissen Hirnsubstanz, deren Reizung die Bewegung ganz bestimmter Muskelgruppen der anderen Seite zur Folge hatte. Zur Lehre von der Entzündung. Zur Frage des Zusammenhanges der Sklerose mit der chronischen und akuten Myelitis. Erfolgreicher Gebrauch des Jodoforms in verschiedenen Leiden.

Die Anatomie der syphilitischen Initial-Sklerose besprechen H. Auspitz und P. Unna in der Vierteljahrschrift für Dermatol. u. Syph. Bd. IV S. 161 ff. Im ersten Beginne der Induration findet sich nach ihnen nur das oberflächliche Gefässnetz der Haut in einen Infiltrationsherd verwandelt. Bei weiterem Umsichgreifen derselben dagegen wird auch das tiefere, gröbere Gefässnetz auf gleiche Art in Mitleidenschaft gezogen und die zwischen beiden Bezirken gelegene gefässarme Gewebspartie sklerosirt und mit den Infiltrationsherden zu einem einzigen Knoten verschmolzen. Beide Stadien weisen zahlreiche Uebergänge zu einander auf, zumal sich die Induration häufig am Rande im Beginne befindet, während sie im Centrum bereits weiter fortgeschritten ist, und sind in ihrem mikroskopischen Verhalten fernerhin abhängig von der Dicke der Kutis und der Gruppirung der Gefässvertheilung. — Im Bindegewebe treten Wucherungsvorgänge hypertrophischer und hyperplastischer Natur auf, vor Allem an der Adventitia der Gefässe, Venen und Arterien verhalten sich diesbezüglich nicht wesentlich verschieden, nur fällt an den dünneren Wänden der ersteren die Zellenvermehrung mehr in's Auge. Eine Verengerung der Gefässlichtung konnten die Verfasser in diesem Stadium nicht konstatiren, fanden dagegen in Uebereinstimmung mit Biesiadecki Lymph-Gefässe und Lymph-Spalträume beträchtlich erweitert. Das die Gefässe umgebende Bindegewebe verwandelt sich in eine undurchsichtige, gelbliche, starre Masse, welche gröbere Textur zeigt als die ursprünglichen Fibrillenbündel und von angeschwollenen Bindegewebszellen und proliferirten Kernen durchsetzt ist. Diese Sklerose in der fibrillären Grundmasse der Lederhaut fand sich im Centrum der excidirten Sklerosen stets, meist aber reichte sie genau so weit wie der scharf abgesetzte indurirte Knoten selbst. Von besonderer Bedeutung erscheint dieses Verhalten des Bindegewebes im Hinblicke auf den weichen Schanker, bei welchem die Gefässe selbst ein ähnliches Bild wie in der Induration geben, das durchaus normale, durchsichtige Bindegewebe dagegen ein charakteristisches histologisches Unterscheidungsmerkmal vom harten Schanker darstellt. — In der Epidermis findet sich in der syphilitischen Initial-Sklerose eine hochgradige Hypertrophie, welche nach dem Centrum der Induration hin an Mächtigkeit zunimmt und sich in Form von Zapfen, Netzen und Inseln in das Gewebe hineinschiebt. Im Gegensatze zum Ulcus molle, welches gänzlich von Epidermis entblösst ist, ist die Sklerose um so ausgeprägter, je mächtiger die Epidermis über ihr entwickelt ist. Diese Epidermis-Hypertrophie wird vielfach durchsetzt und zerklüftet von wuchernden Granulationsherden kleinzelligen Charakters, welche, wenn sie zu gross geworden sind, das Stratum lucidum an einer Stelle sprengen und sich zwischen die nächst höheren Hautschichten hineindrängen. Die Form der Sklerose — so resu-

miren die Verfasser — hängt von der präexistenten Vertheilung der Blutgefässe in der Haut, die Grösse derselben von der Ausdehnung der Hypertrophie des fibrillären Bindegewebes ab, in welcher die sklerotischen Gefässe eingebettet sind, und die Derbheit und Härte des Knotens sind proportional der Stärke der Hypertrophie aller Bestandtheile der Haut oder auch dem Drucke, unter dem hypertrophische Epidermis und hypertrophisches Bindegewebe sich gegenseitig zerklüften und durchdringen. — Befunde an älteren Sklerosen lehren, dass die Zellinfiltration nach und nach einer Neubildung faserigen lockeren Narbengewebes Platz macht. Aus der Untersuchung eines von einer Sklerose ausgehenden sogenannten Lymphstranges ging hervor, dass es sich hierbei in erster Linie nicht um eine Erkrankung der Lymphgefässwandung handle, sondern um eine von der Sklerose ausgehende Indurirung des Bindegewebes, in welches die Dorsalgefässe des Penis eingebettet sind. — Im Verlaufe der Sklerose bildet sich an den Wandungen der Arterien und Venen eine der Friedländer'schen Endarteriitis entsprechende anatomische Veränderung aus, welche, ohne sehr hochgradig zu werden, in grosser Extensität auftritt. — Riesenzellen wurden in den syphilitischen Indurationen nicht angetroffen. —

Der früheren Angabe, dass das im Aufhängebande der Leber verlaufende Stück der Vena umbilicalis zuweilen offen bleibt und mit Bauchvenen (Vena epigastrica) kommunizirt, trat im Jahre 1859 Sappey mit der Behauptung entgegen, welche seitdem in manchen anatomischen und pathologischen Handbüchern Eingang gefunden hat, es komme niemals eine Kommunikation der Nabelvene mit einer Vena epigastrica vor, und jene obliterire vollständig zu einem soliden fibrösen Strange, ein nur 1—2 Cm. langes Stück ausgenommen, in welchem von der Pfortader aus ein Kanal nachweisbar ist, der an der Mündung weit erscheint und sehr zugespitzt im Ligamentum teres endigt. Indessen hat nachher schon Bamberger in einigen Fällen die Durchgängigkeit der Vena umbilicalis für eine Sonde beobachtet; Dr. Paul Baumgarten zu Königsberg jedoch ist durch eine auf 60 Fälle sich erstreckende Untersuchungsreihe in den Stand gesetzt, die Richtigkeit der älteren Ansicht nachzuweisen und dieselbe noch zu erweitern. Er unterscheidet drei Formen des Vorkommens: 1) Führt man eine dicke Schweinsborste in das auch nach Sappey offene obere Endstück der Vena umbilicalis so weit ein, bis ihr ein Widerstand entgegentritt, so kann man sich auf Querdurchschnitten mikroskopisch davon überzeugen, dass die durchschnittene Borste innerhalb eines glattrandigen Lumens liegt, welches sich als das Restlumen der durch eine wandständige bindegewebige Neubildung unvollständig obliterirten Nabelvene erweist. Legt man an noch unterhalb des Sondenendes Querschnitte in successiver Reihenfolge an, so zeigt sich, dass das betreffende Lumen sich noch mehrere Zoll weit mit allmählig abnehmendem Umfang, manchmal in zwei oder auch mehr kleinere Lumina getheilt, fortsetzt; dasselbe ist von einem deutlichen Endotelium nach Innen begränzt, lässt sich vom oberen Ende her leicht injiziren und enthält, im frischen Zustande untersucht, flüssiges, normal beschaffenes Blut. Erst die letzte, einige Centimeter lange, Strecke des vier bis fünf Zoll langen Venenrestes ist vollständig geschlossen, wobei jedoch die alte Wandung deutlich zu erkennen ist. — 2) Acht Mal unter den 60 untersuchten Fällen war das Lumen des im Ligamentum teres verlaufenden Gefässes so weit, dass man vom linken Pfortaderaste her bequem eine dünnere oder dickere Stahlsonde 1—2 Zoll weit, und auch noch darüber, einführen konnte. Der glattwandige Kanal enthielt normales flüssiges Blut und erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung deutlich als unvollständig obliterirte Vena umbilicalis. Die der Sonde nicht mehr zugängliche Fortsetzung der Vene verhielt sich ganz wie im vorher geschilderten Falle. — 3) In 36 von den 60 untersuchten Fällen fand sich folgendes Verhalten: Die Einmündungsstelle der Nabelvene in die Pfortader ist sehr klein und schwer erkennbar; die Vene öffnet sich nicht trichterförmig, sondern ganz plötzlich in den weiten Sack des linken Pfortaderastes. Das geübte Auge entdeckt in der Mitte oder am Umfange des Ligamentum teres, welches den Wänden des Pfortaderstammes anhängt, ein kleines Lumen, welches sich von den zahlreichen Oeffnungen der zum Pfortaderaste gehörigen Gefässe durch seine Lage und auch dadurch unterscheidet, dass die eingeführte feinste Haarsonde nicht nach der Leber, sondern in das Ligamentum teres führt. Die genauere Untersuchung lehrt auch hier mit grosser Bestimmtheit, dass dieses

umen der unvollständig obliterirten Vena nbilicalis angehört und dass sich der Rest- ınal mehr oder weniger weit nach dem Ende :r Vene hin verfolgen lässt. — Da nach esen Untersuchungen im postfötalen Leben n mehr minder langer und weiter, dabei ıtführender Kanal als Rest der Vena um- licalis fortbesteht, so wird man wohl nach efässen suchen dürfen, welche eine Cirku- tion mit diesem Kanale vermitteln können. ı der That hat Baumgarten, abgesehen ɔn dem Burow'schen Aste, der ganz ent- :hieden in die Nabelvene mündet, beim Em- ryo weiter abwärts in derselben kleinste Ge- issöffnungen wahrgenommen und nicht selten ɔm mittleren Drittel des Gefässes aus eine ıjektion subseröser und subkutaner Venen :reichen können. Ist der Nachweis dieser leinen Schaltvenen beim Embryo schwierig, ɔ gelingt er leicht beim Erwachsenen, wenn er Nabelvenenrest das unter Nr. 2 beschrie- ene Verhalten zeigt. Man kann in solchen ällen vom Hauptstamme aus, im Bereiche :ines mittleren oder unteren Drittels, mit er Sonde in subperitonäal verlaufende Ueber- :ste gelangen, die sich durch Aufschneiden ıit der Scheere weiter demonstriren lassen, ber auch vom mittleren Drittel der Nabel- ene aus das Ligamentum suspensorium et :res in oft vollständiger Weise injiziren. — ler meistens auf ein so kleines Gefäss redu- irte Rest der Nabelvene kann unter Um- tänden auch zu einem fingerdicken Rohre rweitert werden. — Der anatomischen An- talt in Königsberg wurde ein Fall von hoch- radiger Lebercirrhose zugestellt und an dem 'räparate war glücklicher Weise auch das .igamentum teres in fast voller Länge erhal- en. Hier war die Vena umbilicalis so weit, lass man von der Pfortader her bequem den :leinen Finger einschieben konnte, und noch 3 Cm. unterhalb der Pfortader hatte das Ge- äss einen Umfang von 2 Cm. Seine Wände ;ingen ganz kontinuirlich, in leichtem Bogen, n die des linken Pfortaderastes über. In das ntere Drittel traten zwei für eine gröbere Stahlsonde durchgängige Aeste. Die Identität lieses grossen, im Ligamentum teres verlau- enden Gefässes mit der Nabelvene wurde lurch die mikroskopische Untersuchung dar- ;ethan; auch in der nächsten Nähe der Pfort- ıder war kein anderes als obliterirte Vena ımbilicalis zu deutendes Gebilde nachzu- weisen. — In Betreff des zweiten fötalen End- ıtückes der Nabelvene, des Ductus venosus Arantii, bemerkt Baumgarten noch Folgen- des: Auf Durchschnitten des fibrösen Stranges Erwachsener lässt sich im Inneren deutlich die Struktur der früheren Venenwand erkennen und es lässt sich auch ein mit wohlerhaltenen Blutkörperchen erfülltes Lumen nachweisen, als Residuum des nicht vollständig obliterirten Ductus venosus. Einige Male liess sich ausserdem vom Sinus venae portarum aus eine Stahlsonde in einen glattwandigen Kanal vorschieben, der im Inneren jenes scheinbar soliden Stranges verlief. — Hieraus ergibt sich, dass bei Strömungshindernissen in den Verzweigungen der Pfortader der offen gebliebene Ductus Arantii in eine direkt zur Vena cava inferior führende Ableitungsbahn umgewandelt werden kann. (Schmidt's med. Jahrb., 1878, Nr. 5.) —

Zum Zwecke der Ermittelung der physiologischen Wirkung der Abführmittel wiederholte auf Anregung Cohnheim's und unter dessen Anleitung L. Brieger die nach Vulpian's und Lauder Brunton's Vorgängen modifizirten Moreau'schen Versuche an freigelegten vorgezogenen Darmschlingen. Diese werden auf eine Strecke zwischen zwei Ligaturen gelegt, zwischen diesen mit Hilfe zweier nahe den beiden Ligaturstellen gemachter Einstiche und Einspritzungen von Wasser von 37° C. gereinigt und schliesslich noch an zwei sowohl von den ersteren Abbindungsstellen als auch von einander entfernten Punkten unterbunden. In dieser Weise entstehen drei von einander getrennte Fächer oder Abtheilungen des Darmes (welcher da, wo er verwundet wurde, mit Darmnaht versehen und dann reponirt wird), von denen die peripher gelegenen zur Aufnahme der zu prüfenden Arzneistoffe bestimmt sind, während die von diesen eingefasste Abtheilung jedoch leer bleibt und als Kontrolschlinge dient. Brieger fand Brunton's Versuche in allen Punkten bestätigt. Nach Injektion von 5.0 Grm. $^1/_2$—1prozentiger Lösung von Magnesia sulph. in die peripher gelegenen Darmfächer wurden letztere, nachdem die Thiere nach $4^1/_2$ Stunden getödtet, die geschlossen gewesenen Bauchwunden wieder geöffnet und die reponirten Darmschlingen wieder hervorgeholt worden waren, bei der Untersuchung auf ihren Inhalt leer, blass und normal gefunden. Der Inhalt der Schlingen war resorbirt worden, während bei Einführung von 20proz. Lösung desselben Salzes die Darmfächer, deren Schleimhaut blass und

3) kleinere Herde in geringerer Anzahl, woselbst die Muskelsubstanz deutlich atrophisch erscheint; die verbreiterten Interstitien zwischen den Muskelfasern enthalten ein ziemlich derbes, leicht streifiges Bindegewebe mit wenig Kernen und einzelnen Fetttropfen; diese Herde sind aus den Herden der Fettinfiltration hervorgegangen. — Diese Beobachtung liefert nach Leyden den Beweis, dass in gewissen Fällen die Fettbildung tief in die Substanz des Herzens eindringen, die Muskelfibrillen auseinander drängen und komprimiren kann, so dass nachweisbare anatomische Erkrankungen der Herzmuskulatur resultiren, welche Funktionsstörungen des Herzens zur Folge haben. Wenn man nun beobachtet, dass sehr korpulente Menschen oft genug von jeder Störung der Herzfunktion frei bleiben und dass man bei der Autopsie nicht selten starke Fettauflagerung des Herzens ohne Dilatation und ohne Zeichen gestörter Herzfunktion findet, so wird man zu der Annahme gezwungen, dass nicht die blosse Fettumlagerung des Herzens Ursache der schweren Symptome ist, sondern dass diese erst die Disposition setzt zu einer tieferen, durch das Eindringen der Fettentwicklung bedingten Alteration des Muskelfleisches, und ferner, dass diese Alteration auch bei korpulenten fettleibigen Personen sich erst unter dem Einflusse weiterer Schädlichkeiten geltend macht, welche die Widerstandskraft des Herzens herabzusetzen geeignet sind. Solche Momente sind: a) Vorgerücktes Alter; — jüngere Leute, auch wenn sie sehr fett sind, erkranken selten unter bedeutenden Herzbeschwerden; ältere fette Leute sind denselben dagegen mehr unterworfen; b) physische Erregungen; c) Strapazen, z. B. Jagd; d) reichlicher Genuss von Spirituosen, wie es bei üppiger Lebensweise nicht selten vorkommt. —

Mit Duval und Graux unternommene Versuche an Hunden ergaben dem Dr. Laborde, dass, wenn er eine Stelle in dem unteren Abschnitte des Bodens des vierten Ventrikels nahe der Spitze des Calamus scriptorius, in der Nähe der Raphe verletzte, die Respirationsbewegungen sofort aufhörten und erst nach Sekunden oder gar einer Minute wiederkehrten, während doch das Herz dabei in unverändertem Rhythmus weiter schlug. Es waren hierbei speziell die Vaguskerne verletzt gewesen. — Besonders studirte Laborde den Einfluss der Medulla oblongata auf die Augenbewegungen. Man konnte zunächst einmal „dissociirte asynergische Deviationen“ erzeugen (ein Auge stellte sich zum Beispiele nach oben und das andere nach unten ein etc.); in diesem Falle waren auch jedes Mal Kleinhirnverletzungen nachzuweisen, z. B. an der unteren Fläche des Oberwurmes oder an der oberen der Corpora restiformia; die Medulla oblongata selbst war dann intakt geblieben. — Konjugirte synergische Augenabweichungen dagegen kamen zu Stande, wenn man im oberen Drittel des Bodens des vierten Ventrikels in der Nähe der Raphe und der Eminentia teres unmittelbar an deren Aussenseite auf den Kern des Nervus abducens und die ihn umschliessenden Facialiswurzelfasern einging. Jedes Mal erfolgte eine laterale konjugirte Augenabweichung und zwar, wenn der Kern zerstört war, nach der entgegengesetzten Seite hin. Der Abducenskern schickt demnach anastomosirende Fasern zum Nervus oculomotorius der anderen Seite: durch diese Einrichtung ist die Assoziation der Augenbewegungen gesichert. Verletzt man endlich etwas mehr nach Aussen von der zuletzt erwähnten Stelle einen schon dem Corpus restiforme angehörigen Punkt, so hat man damit einen Eingriff auf die absteigende Trigeminuswurzel ausgeübt, welchem sehr bald Unempfindlichkeit und enorme Gefässinjektion des Auges der entsprechenden Seite und sehr bald (besonders schnell beim Kaninchen) trophische bis zur Vernichtung des Organes führende Störungen folgen. Abgesehen von der Schnelligkeit des Eintrittes dieser Zustände zeigt die fast augenblicklich eintretende Störung der zirkulatorischen Verhältnisse an, dass es sich um direkte Zerstörung wirklich vasomotorischer Centren für das Auge handelt und nicht allein um Zustände, welche von der Anästhesie allein abhängig zu machen sind. Aehnliche Zustände, wie am Auge, bemerkt man nach einem derartigen Eingriffe auch an den Schleimhäuten der entsprechenden Nasenhälfte und des Mittelohres derselben Seite. Alle diese Erscheinungen traten zu Tage, so lange sich der Schnitt oberhalb der Spitze des Calamus scriptorius hielt; bis dorthin also lässt sich die absteigende Trigeminuswurzel experimentell verfolgen. (Gaz. med. 1877, Nr. 52; 1878, Nr. 3 u. 5.) —

Nach horizontaler schichtweiser Abtragung der Hirnsubstanz von der Rinde her fanden

DD. Pitres und Franck auch in der issen Substanz umschriebene, llimetergrosse Stellen, deren Reiz- g die Bewegung ganz bestimmter skelgruppen der anderen Seite zur lge hatte. Die weissen Fasern liegen h in der „inneren Kapsel“ nur juxtappo- t, nicht durcheinander gemischt; am wei- ten nach vorne die für das Gesicht und Lider, dann die für die Vorder-Extremi- en, sodann ein Faserbündel, dessen Reiz- g Bewegungen der vorderen und hinteren tremität der anderen Seite zugleich aus- t, dann ein kleines, nur für die hintere tremität bestimmtes Bündel, endlich im veau des Schwanzes des Streifenhügels ein ndelchen, dessen isolirte Reizung Erheb- g des Ohres der anderen Seite bewirkt. In Pathologie kommen selten so kleine um- riebene Herde vor, dass nur die Lähmung es oder des anderen Gliedes daraus resul- e; meist sind die Läsionen so umfang- ch, dass die gesammte Masse der inneren psel betheiligt wird, so dass eine komplete lbseitige Lähmung die Folge ist. Trotzdem den sich auch aus der menschlichen Patho- ie Beispiele genug, wo bei halbseitigen hmungen der Arm und das Bein in ver- niedenem Grade betroffen ist oder das eine er andere Glied sich früher oder später n der Lähmung erholt, je nachdem der rd mehr die vorderen oder hinteren Par- en der inneren Kapsel zerstört hat. („Sur effets de l'excitation limitée des faisceaux centre ovale et de la capsule interne“. ogrès médical, 1878, Nr. 3.) —

Nachdem der Begriff der Entzündungs- rsachen schon längst insoferne eine Wand- ng erfahren hat, dass man die einfache echanische Läsion an sich nicht mehr als ntzündungsursache anerkennt, so ist der egriff der chemischen und thermischen Ent- ndungsursachen auch in den letzten Jahren emlich unverändert festgehalten worden. Man mmt an, dass chemische und thermische eize als solche Entzündung bedingen, dass eispielsweise mit der Anwendung der che- ischen Aetzmittel und des Glüheisens noth- endig entzündliche Reizungen verbunden nd. Hueter, welcher gezwungen war, sich mer mehr dem Begriffe eines einheitlichen ntzündungserregenden Irritamentes zu nähern, at einige seiner Schüler veranlasst, durch Versuche direkt zu entscheiden, ob chemische und thermische Reize an sich Entzündung erzeugen, oder ob bei ihrer Einwirkung die Entzündung nur als accidentelle Erscheinung hinzutritt. Derselbe referirte auf der 50. Naturforscherversammlung zu München am 19. September 1877 kurz über die betreffenden Versuchsreihen: Die erste derselben bezog sich auf parenchymatöse Injektionen von Lösungen des Argentum nitricum bei Kaninchen. Sie wurde von Herrn Dr. Dembczak (Posen) ausgeführt und in einer Dissertation veröffentlicht. Ungefähr in der Hälfte der Fälle blieb bei den Injektionen die entzündliche Reizung aus, während aus der geringen aseptischen Wirkung des Arg. nitr. das Auftreten der Entzündung in der anderen Hälfte der Fälle wohl erklärt werden konnte. Immerhin ging schon aus dieser Versuchsreihe hervor, dass die chemische Einwirkung und die Entzündung nicht nothwendig an einander gebunden waren. — Erfolgreicher war eine zweite Versuchsreihe, welche Herr Dr. Rausche (Magdeburg) anstellte und in einer Dissertation veröffentlichte. Bei diesen Versuchen wurden 5- und 10prozentige Chlorzinklösungen in den Musculus longissimus dorsi der Kaninchen injizirt. Dieses Mittel bot den Vortheil, einmal die bedeutendsten chemischen Gewebszerstörungen zu bewirken, andererseits aber hervorragende aseptische Eigenschaften zu besitzen. Der Erfolg entsprach der Voraussetzung; fast ausnahmelos blieb jede Spur der Entzündung aus und es bildeten sich durch Eiweissgerinnung etc. sehnige Inskriptionen in den Muskeln. — Etwas ausführlicher behandelte Hueter eine dritte Versuchsreihe, welche Cand. med. Hallbauer (Dresden) mit dem Pacquelin'schen Thermokauter bei Kaninchen ausführte. Er schilderte die Versuchstechnik, auf welche bei diesen Versuchen sehr viel Gewicht zu legen ist, und zeigte Abbildungen der mikroskopischen Präparate. Das Endergebniss solcher Versuche ist die Bildung von Kohle, ohne dass eine nennenswerthe Entzündung, besonders keine, auch nur minimale, Eiterung eintritt, was mit der Einwirkung der glühenden Platinplatte ausser allem Verhältniss steht. Die mitgetheilten Versuchsreihen beweisen den wichtigen Satz: chemische und thermische Reize bewirken an sich keine Entzündung; vielmehr tritt die Entzündung nur als Accidens in den zerstörten Geweben auf; sie eröffnen aber auch die Aussicht, dass die chemische und

thermische Zerstörung kranker Theile, weil sie aseptisch beschafft werden kann, neben den blutigen Operationen eine Stelle in dem System der aseptischen Chirurgie finden werden. (Allg. med. Central-Zeitung v. 24. Juli 1878.) —

Indem Prof. Ernst Leyden zu Berlin auf die Schwierigkeit hinweist, auf klinisch-anatomischem Wege die Frage des Zusammenhanges der Sklerose mit der chronischen und akuten Myelitis zu entscheiden, wenn auch Beobachtungen an Menschen, bei welchen nach akut aufgetretenen Rückenmarkskrankheiten die Obduktion nach Jahren sklerotische Herde ergab, und ferner die gelegentliche anatomische Coexistenz myelitischer und sklerotischer Herde für einen solchen Zusammenhang sprächen, hat er experimentell diese Frage nach ähnlicher Methode bearbeitet, wie früher die akute Myelitis. Er benutzte zwei Hunde, welche es gelang nach künstlich durch Injektion von Solutio arsenicalis in die Rückenmarkssubstanz hergestellter Myelitis längere Zeit, nämlich 14, resp. 9 Monate am Leben zu erhalten. Die beiden Versuche unterscheiden sich dadurch, dass in dem ersteren Falle durch Injektion einer konzentrirten Lösung in die Lendenschwellung bleibende Paraplegie mit Kontrakturen und starker konsekutiver Fettentwicklung am Hinterkörper bewirkt war, während im zweiten Falle die in Pausen von drei Monaten zwei Mal gemachte Injektion einer schwächeren Lösung zum grossen Theile sich ausgleichende Lähmungen erzeugt hatte. Dem entsprechend unterscheiden sich die genau beschriebenen und abgebildeten anatomischen Befunde nach der Erhärtung und Karminfärbung darin, dass in dem ersten Falle cystische Erweichungsherde in der grauen Substanz vorhanden waren, welche von sklerotischen Partieen sich umgeben zeigten, ausserdem aber zu einer aufsteigenden Degeneration der Goll'schen Keilstränge geführt hatten, während in dem zweiten Falle reine Sklerose vorhanden war. Diese charakterisirte sich bei schwacher Vergrösserung durch intensive Karminfärbung der betreffenden Partieen des Querschnittes, welche sich bei starker Vergrösserung als derbes kleinmaschiges Gewebe mit zerstreuten Kernen und Sternzellen ergaben, in welchem nur vereinzelte Nervenfaserquerschnitte zu entdecken waren, Körnchenzellen und Corpora amylacea völlig fehlten. Leyden zieht folgende Schlüsse aus seinen Untersuchungen: 1) Als Ausgänge der akuten myelitischen Herde ergeben sich abgesehen von der Möglichkeit völliger Heilung a) die Bildung kleinerer weitmaschiger Kysten, b) die Bildung kleinerer Herde rarefizirter atrophischer Substanz, c) typische Sklerose; — 2) die Sklerose erscheint als Residuum solcher Myelitiden, welche ohne wesentlichen Zerfall zu gleichmässiger Infiltration und weiterhin zur Atrophie führen; — 3) die an Thieren experimentell erzeugte Sklerose entspricht makroskopisch und mikroskopisch bis auf das Fehlen der Corpora amylacea vollkommen der an menschlichen Rückenmarken beobachteten Sklerose, gibt aber keinen Anhaltspunkt dafür, zwischen der herdförmigen und der strangförmigen Sklerose anatomisch einen Unterschied herzustellen. (Charité-Annalen III S. 248–[illegible].

Prof. Moleschott wandte das Jodoform mit gutem Erfolge an bei Exsudationen in Pleura, des Perikardiums und des Peritoneums sowie bei Hydrocephalus acutus der Kinder. Es wurde meist äusserlich, entweder in Salbenform (1:15 Axungia) oder mit Collod. elast. (1:15 Collod.) angewandt. Grosse Drüsengeschwülste wurden mit dem Jodkollodium zum Verschwinden gebracht. Als schmerzstillendes Mittel bewährte es sich bei Gicht, Neuralgieen und Neuritis. Syphilitische Myokarditis wurde geheilt durch die Einreibung kombinirt mit dem inneren Gebrauche von 0.05 — 0.1 pro die. Es scheint auch ähnlich der Digitalis die Wirkung zu haben, den Herzschlag kräftiger und seltener zu machen und wurde desshalb bei inkompensirten Klappenfehlern mit Erfolg angewandt. Die überraschenden Wirkungen beruhen wahrscheinlich auf der leichten Zersetzbarkeit des Jodoforms, so dass das Jod in statu nascendi auf die Bestandtheile des Körpers einwirkt. (Wien. med. Wochenschr., 1878, Nr. 24—26.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 33.

Erlangen, am 17. August 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Resultate aus Untersuchungen über Respirationspausen. Lupus und Syphilis. Zur Sublimatwirkung. Resultate aus künstlichen Fäulnissversuchen. Ueber Aorten-Aneurysma. Theer innerlich gegen Psoriasis. Fall von Fremdkörperreflexepilepsie. Zur Behandlung des Erysipelas. Ueber Magenkarzinom. Zur Statistik der Ovariotomie.

Dr. François-Frank veröffentlicht im Journ. de l'Anat. et de la Physiol. X p. 545 ff. Untersuchungen über einige Respirationspausen, wie Apnoe, Cheyne-Stokes'sches Athmungsphänomen und vom Herzen bedingte reflektorische Respirationspausen. Derselbe machte Versuche an Hunden und studirte zunächst die Verhältnisse bei der erzeugten Apnoe; dabei ergab sich ihm, dass man bei der Apnoe drei Phasen unterscheiden kann: 1) eine Phase mit mehr oder weniger tiefen und heftigen Respirationen; 2) eine Phase der Abschwächung, oft vollkommenen Suspension der Respirationsbewegungen; 3) eine Phase der Wiederaufnahme der Athmung, nach deren Ablauf wieder eine Periode von mehr oder weniger vollkommener Respirationspause eintritt. Bei der Apnoe, welche durch Tracheotomie an Hunden erzeugt war, zeigte sich, dass jene Phasen deutlich nur dann eintraten, wenn die Thiere kräftig, jung und erregbarer Natur waren, während bei älteren Thieren mit ruhigem, indifferentem Naturell wohl die Frequenz der Athemzüge sich verminderte, aber keine eigentliche Pause eintrat; ebenso fehlten die stürmischen Respirationen der ersten Phase. — Die anfängliche Uebertreibung der Athemzüge, die Unruhe der Thiere und die periodische Wiederkehr der ganzen Erscheinungen erklärt Verf. folgendermassen: Indem das Thier während dieser heftigen Respirationen eine grosse Menge Luft in seine Brust eingeführt hat, hört es auf, das Bedürfniss zum Athmen zu empfinden; es hört so lange auf zu respiriren als der Verbrauch des in der ersten Phase eingeführten Sauerstoffes andauert und es beginnt wieder zu athmen, wenn das Bedürfniss nach neuer Oxygenation des Blutes sich wieder einstellt. Diese Erklärung ist dieselbe, wie sie auch Rosenthal für die Apnoe gibt. Die apnoische Pause entsteht einfach durch eine Suspension der Respiration, welche durch vorherige Einführung einer überreichlichen Menge von Sauerstoff in das Blut herbeigeführt wird. Für die Richtigkeit dieser Hypothese spricht der Umstand, dass bei Athmung eines Gemenges von Stickstoff und Sauerstoff, welches weniger Sauerstoff enthält als die atmosphärische Luft, bei Beschränkung der Athmung durch die Kanüle, welche in der trachealen Oeffnung liegt, keine Apnoe eintritt, dass diese aber sofort erfolgt, wenn man aufhört, die Luftzufuhr durch die Kanüle zu beschränken. Es folgt aus dem Vorhergehenden weiter, dass die Respirationspause gleichsam aus einer vorhergehenden vollkommneren Hämatose entsteht. — Wenn man während der durch Tracheotomie bewirkten Apnoe die beiden Karotiden vorsichtig komprimirt, so verschwindet die Apnoe. Wenige Augenblicke nach der Kompression macht das Thier energische Respirationsbewegungen. Die Rückkehr der Respiration entsteht hier durch Unterdrückung des Zuflusses von oxygenirtem Blute in das Gehirn. Komprimirt man einem ruhig athmenden Thiere beide Karotiden, so beschleunigt sich die Respiration sehr oft und

wird breiter. — Bei Apnoe, die durch künstliche Respiration (Insufflation) hervorgerufen wurde, konnten im Allgemeinen dieselben Erscheinungen beobachtet werden wie bei der Apnoe nach Tracheotomie. Die Respirationspause resultirt hier ebenfalls aus einer Anhäufung beträchtlicher Mengen von Sauerstoff im Blute. Zur Herstellung der Apnoe ist aber ein ruhiges, indifferentes Thier nöthig, welches aktiv an den mechanischen Respirationsakten nicht Theil nimmt. Diese Indifferenz fand Verfasser auch beim Menschen in gewissen Fällen allgemeiner Schwäche, wie bei Urämie, Meningitis und Typhus. Auch hier tritt die Respirationspause bei Insufflation von Wasserstoff oder Sauerstoff nicht ein; im Gegentheile, es zeigten sich nach der Insufflation energische Athmungen. Bei Insufflation stark sauerstoffreicher Luft braucht umgekehrt wieder die künstliche Respiration viel weniger lange ausgedehnt zu werden, um spontane Apnoe zu erzeugen. — Apnoe durch Reizung der Herzäste des Nervus vagus kommt zu Stande dadurch, dass das Herz vollkommen stille steht, während das Thier fortathmet. Während dieser Zeit ist die pulmonale Cirkulation aufgehoben und das Blut, welches in den Blutgefässen verweilt, sättigt sich mit Sauerstoff. Wenn nun die Reizung der peripheren Aeste des Nervus vagus aufgehört hat, beginnt das Herz wieder zu schlagen und treibt in die Arterien des Aortensystemes ein Blut, dessen Reichthum an Sauerstoff Ursache der Respirationspause zu sein scheint, welche dem Wiedereintritte der Herzschläge folgt. — Apnoe entsteht ferner bei Reizung des Stammes und centralen Endes des Vagus. Erst tritt ein Respirationsstillstand auf, der mit Apnoe keinen Zusammenhang hat; er ist eine Reflexerscheinung in den Respirationsmuskeln in Folge von Reizung der sensiblen Nerven. Der Einfluss des Gasgehaltes des Blutes kommt hier nicht in Betracht. Nach einer längeren Dauer dieses Reflexstillstandes der Respiration treten, wenn man mit der Reizung des Stammes oder des centralen Endes des Vagus aufhört, tiefe und heftige Respirationen ein. Diese dauern verschieden lange und ihnen folgt dann oft eine absolut vollkommene Respirationspause, welche die Apnoe darstellt und als Folge der durch die heftigen Athmungen hervorgerufenen starken Oxygenirung des Blutes aufzufassen ist. — Um die Identität dieser letzteren Respirationspause mit der bei den tracheotomirten Hunden beobachteten festzustellen, machte Verf. quantitative Untersuchungen des eingeathmeten Sauerstoffs und der ausgeathmeten Kohlensäure in beiden Pausen und konnte gleiche Verhältnisse konstatiren. Er kam dabei gleichzeitig auf den Gedanken, ob nicht eine übermässige Elimination der Kohlensäure, welche während der heftigen und breiten Respirationen nachgewiesen wurde, vielmehr die Ursache der Apnoe sein möge als die zu grosse Oxygenation des Blutes. — Apnoe wird auch beim Menschen durch eine Reihe von tiefen und frequenten Athemzügen erzeugt; nach diesen letzteren folgt immer eine kurze Zeit — mehr als eine halbe Minute — während welcher auch das geringste Bedürfniss zum Athmen fehlt. Diese Respirationspause ist vollkommen analog den Pausen, welche bereits besprochen wurden. Frank sagt auch hier wieder: „wenn nun die während dieser tiefen und heftigen Athemzüge eliminirte Kohlensäuremenge viel beträchtlicher ist als diejenige, welche man normaler Weise in einer gleichen Zeit eliminirt, welche die frequenten Respirationsbewegungen und die Respirationspause umfasst, so drängt sich die Frage auf, ob die Apnoe durch Vermehrung des Sauerstoffs in dem Blute oder durch eine beträchtlichere Elimination von Kohlensäure entsteht. — Das Cheyne-Stokes'sche Athmungsphänomen beobachtete François-Frank in zwei Fällen eingehend und zwar bei Urämie und bei Gehirnembolie. Die Puls- und Respirations-Kurven werden ebenfalls mitgetheilt und dann ein Vergleich dieses Phänomens mit den Erscheinungen bei der Apnoe angestellt. Der Typus der Respirationswiederkehr bei dem genannten Phänomene ist vollkommen verschieden von dem der Apnoe; die Rückkehr geschieht keineswegs mit energischen, heftigen, allmählig wachsenden und dann wieder sich vermindernden Bewegungen. Der urämische Kranke machte einen vollkommen indifferenten apathischen Eindruck wie ein Typhöser und vergass zu athmen, gleichwie ein Typhöser oder Meningitiker vergisst die Zunge zurückzuziehen, wenn man sie aus dem Munde vorgezogen hat. Es fragt sich dabei, ob die Urämie allein für sich und unabhängig von der Adynamie, die sie begleitet, fähig ist, gleiche Anfälle hervorzubringen. Cuffer, Jolyet und Frank haben Versuche angestellt, um diese Frage zu lösen, indem sie das Cheyne-Stokes'sche Athmungsphänomen durch Injektionen von kohlensaurem Ammoniak in die Venen

bei Hunden hervorzurufen versuchten, da nach der Ansicht einiger Autoren der nicht durch den Urin ausgeschiedene Harnstoff im Blute bei Urämischen sich in kohlensaures Ammoniak verwandelt. Es traten in der That Respirationspausen auf, die aber Charaktere einer wahren Apnoe zeigten, wie sie nach den starken spontanen Respirationsbewegungen bei tracheotomirten Hunden eintraten, die gerade in diesem Punkte verschieden von denen waren, welche der mit Urämie behaftete Kranke zeigte. Verfasser glaubt daher, dass man, wenn der Rosenthal'sche Begriff der Apnoe gewahrt werden soll, diese Cheyne-Stokes'schen Respirationspausen nicht zur Apnoe rechnen kann. Der meningitische Kranke bot im Ganzen dasselbe Bild wie der urämische. — Reflektorische Athmungspausen kardialen Ursprunges. Von den Athmungspausen, welche durch Reizung sensibler Nerven überhaupt, besonders aber der sensiblen Fasern des Respirationstraktus (Nervus vagus), entstehen, ist hier nicht die Rede. Verf. hat aber durch Versuche dargethan, dass Reizung der intrakardialen Endigungen (im Endokardium) der sensiblen Fasern, welche die innere Fläche des Herzens mit den Respirationsmuskeln in Beziehung bringen, auf demselben Wege, wie andere sensible Nerven, Respirationspausen bei der Inspiration bewirkt. Gleichzeitig erfolgte mehr oder weniger lange dauernder Herzstillstand. — Verf. spritzte bei Kaninchen und Hunden in eine Jugularvene kleine Mengen konzentrirter Chloralhydratlösung und gewann auf diesem Wege seine Resultate. Wegen des Genaueren muss auf das Original verwiesen werden. —

Prof. M. Kaposi spricht sich nach Anführung der Ansichten einiger bekannter Dermatopathologen (E. Wilson, Hutchinson) über den sogenannten Lupus syphiliticus dahin aus, dass die Annahme einer solchen Krankheitsform unhaltbar sei. Sie sei eine „Verlegenheitsdiagnose" in Fällen, in welchen es zweifelhaft ist, ob eine vorliegende Affektion dem Lupus oder der Syphilis zuzurechnen sei. Eine Mischform aus Lupus und Syphilis, welche den fraglichen Namen verdiene, gibt es nicht. Dass gewisse Formen des Lupus — ulzeröse, knotige Prozesse im Gesichte und an der Nase, serpiginöse, knotige, geschwürige Formen an Stamm und Gliedmassen — den tardiven Formen sowohl der erblichen als der erworbenen Syphilis sehr ähnlich sehen, ist allerdings nicht zu leugnen, allein in allen wesentlichen Punkten existiren erhebliche Verschiedenheiten. — Lupus und Syphilis veranlassen chronisch sich entwickelnde, oft in serpiginösen und Kreislinien sich anordnende, zu Geschwür- und Narben-Bildung führende Knoten. Die Geschwüre des Lupus sind wie die syphilitischen oft rund und mit scharf abgesetzten Rändern versehen. Sie sind aber zugleich flach, nicht oder kaum schmerzhaft, Rand und Grund derselben schlaff, roth, granulirend und leicht blutend. Die syphilitischen Geschwüre dagegen sind sehr schmerzhaft, ihr Rand und Grund ist dick infiltrirt und speckig belegt. Lupus tritt niemals, primär oder recidiv, anders auf als in der Form von stecknadelkopf- bis hirsekorngrossen, tief in das Korium eingebetteten, wie „eingesprengten" Knötchen; niemals zeigt sich von vornherein ein grosser hervorragender und palpabler Knoten. Ein solcher entsteht erst im Verlaufe von Monaten durch Aneinanderdrängen und fortschreitende Wucherung einzelner Knötchen. Wenn Lupus selbst 50 Jahre bestanden hat, so werden doch die Nachschübe in Gestalt jener winzig kleinen, eingesprengten, nicht tastbaren Knötchen erscheinen. — Syphilis dagegen bildet a priori wie aus einem Guss hervorgegangene grosse und palpable Knoten. Man kann also in der Regel auch bei einem serpiginösen Knotenexanthem, woferne es Lupus ist, in dessen Nachbarschaft charakteristische junge Lupusknötchen entdecken, oder umgekehrt bei der Anwesenheit solcher ohne Weiteres Lupus diagnostiziren. Man kann ferner niemals an einem einzelnen Lupusknoten ein stetiges peripheres Wachsthum und analog fortschreitenden ulzerösen Zerfall beobachten wie bei Syphilis. Daher hat man auch niemals bei Lupus Geschwüre von Nierenform gefunden wie bei Syphilis, weil eine solche Geschwürsform das periphere Fortschreiten des Prozesses von einem Knotencentrum aus voraussetzt. Auch ist der Totalverlauf bei Lupus und Syphilis vollständig verschieden. Jeder einzelne Lupusknoten, wie der ganze Krankheitsprozess, verläuft ungleich mehr chronisch als die Syphilis und deren Knoten. Eine Gewebszerstörung oder narbige Gewebsveränderung, zu welcher Lupus viele Jahre braucht, wird durch Syphilis binnen eben so vielen Wochen oder Monaten, also in einem relativ akuten Verlaufe zu Wege gebracht. Daher erscheint

auch z. B. bei Defekt der Nasenflügel durch Syphilis der letztere von dem gesunden Theile wie abgekappt, während derselbe bei Lupus mehr durch Schrumpfung verkleinert ist und der zurückgebliebene Nasentheil ebenfalls von Narben durchsetzt zu sein pflegt. Kaposi hat endlich bei Lupus niemals Verluste am knöchernen Nasengerüste oder Perforation des harten Gaumens gesehen, während beides bei Syphilis oft vorkommt. Dass Lupus primär stets in früher Kindheit beginnt und späte Eruptionen desselben Recidive vorstellen, ist bekannt, während Syphilis in jedem Alter auftreten kann. (Wiener med. Wochenschrift, XXVII 50.) —

Angeregt durch Cohnheim hat M. Heilborn im Breslauer pathologischen Institute eine Reihe — durch eingehende mikroskopische Untersuchung der den Leichen der Versuchsthiere entnommenen Organe ausgezeichneter — Experimente mit schwächeren und stärkeren wässerigen Sublimat-Lösungen (2:30; 1:30; 0.005:50; 0.1:30; 0.05:50) und dem Bamberger'schen Sublimat-Pepton (1 Cc. Lösung = 0.01 Sublimat) angestellt. Von den Lösungen wurden mittelst einer 60 Theilstriche zeigenden und 1 Grm. fassenden Spritze 10—30 Theilstriche bis eine ganze Spritze am Rücken, einige Finger breit von der Wirbelsäule entfernt, subkutan eingespritzt. Von den stärksten Dosen genügte zuweilen eine, um das Thier zu tödten, öfter trat der Tod nach 3—4 Injektionen von 10 Theilstrichen ein und nur wenige, geringe individuelle Disposition für die Entstehung des Merkurialismus besitzende Thiere ertrugen den wiederholten Eingriff 2—3 Wochen lang. Das Sublimat-Pepton wurde von den Thieren bei weitem schlechter als das Sublimat selbst vertragen. Die Versuchsthiere (Kaninchen) magerten binnen wenigen Tagen bis auf die Hälfte ihres ursprünglichen Körpergewichtes ab, zeigten heftige Diarrhöen und entleerten sehr grosse Mengen eines klaren, meist schwachalkalisch oder höchstens kurz vor dem Tode sauer reagirenden Harns, in welchem Eiweiss häufig (nicht immer) und Zucker zuweilen nachweisbar waren. Waren wenige Injektionen zur Herbeiführung des Todes nothwendig gewesen, so fand sich salzige Infiltration des Unterhautzellgewebes; hatte der Versuch 7 bis 14 Tage gewährt, so zeigte sich käsige Abszedirung unter der Haut und Schwund sowohl des subkutanen Fettes als des Fettes im Bauchraume. Zu Speichelfluss kam es niemals (eine Bestätigung der bekannten Thatsache, dass auch beim Menschen Sublimat diese lästige Komplikation selten herbeiführt). Die Glandula sublingualis, submaxillaris und Parotis waren häufig geschwellt, geröthet und enthielten mikroskopisch untersucht besonders reichliche und mit sehr scharf hervortretendem Kerne versehene Drüsenzellen. Die Farbe der Herzmuskulatur war unverändert; das Organ war in einzelnen Fällen schlaff und mit dünnflüssigem Blute, meist jedoch mit derben, dunklen oder speckigen Gerinnseln angefüllt. Häufig waren die Muskelprimitivbündel in Verfettung begriffen, seltener die Querstreifung undeutlich. Im Magen fanden sich — keineswegs konstant, wenn gleich häufig — im Fundustheile kleine Blutergüsse, welche gelegentlich Ausgangspunkte bis linsengrosser Geschwürchen wurden. Die Leber war durch dunkle Färbung und Brüchigkeit des Gewebes ausgezeichnet. Die mikroskopische Untersuchung wies verfettete Zellen und scharfes Hervortreten ungewöhnlich dunkler Pigmentzellen nach. Nicht selten war Ascites vorhanden; konstant fanden sich die grossen Gefässe der Bauchhöhle strotzend mit dunklem Blute angefüllt. Der konstanteste Befund war die starke Schwellung der das Coecum durchlaufenden und mit Hämorrhagieen und Geschwüren — von nekrotischen, graugrünen Fetzen umgeben — besetzten Spiralfalte. Auch auf der zwischen den Falten befindlichen Mukosa des durch seine dunkle bläuliche bis schwärzliche Färbung und seinen missfarbigen, übelriechenden Inhalt von dem blassröthlichen Dünndarme stark abstechenden Blinddarmes befanden sich linsen- bis erbsengrosse Hämorrhagieen und nekrotische Herde. Auch der Anfang des diphtherisch erkrankten Kolon, der Sacculus rotundus und der Wurmfortsatz zeigten Schwellung der dort sehr reichlich vorhandenen Follikel und punktförmige Hämorrhagieen in grösster Menge. Die mikroskopische Untersuchung der so veränderten Darmpartieen ergab im centralen Theile der Falte reichliche Anhäufung von Rundzellen um Gefässe, deren Wandung sich mit einem feinen, gegen die gewöhnlichen Reagentien sehr resistenten, aus schwarzen Körnern zusammengesetzten Beleg (Schwefelquecksilber?) bedeckt zeigte. Die von Salkowsky und Rosenbach beschriebenen Salzablagerungen und sonstigen anatomischen Veränderungen in den Nieren fand Heilborn häufig, aber nicht konstant. — Ausgehend von Neumann's,

Bizzozero's u. A. Untersuchungen über die wichtige Stellung, welche dem Knochenmarke bei der Blutbildung zufällt, vermuthete Verf. von vornherein, dass auch bei der so tief in die Ernährung eingreifenden akuten Hydrargyrose im Knochenmarke pathologische Veränderungen zu finden sein würden. Es zeigte sich auch in der That eine in hohem Grade ausgeprägte Hyperämie des Markes in den Knochen (Femur) der Versuchsthiere. Mikroskopisch fanden sich in der Umgebung der ungewöhnlich reichlich vorhandenen, geschlängelten und erweiterten Markkapillaren schollige, rothgefärbte Massen und so viel diluirter Blutfarbstoff, dass die zelligen Elemente gleichmässig röthlich erschienen. Das Protoplasma der Markzellen war stärker als in der Norm gekörnt und die Zellenkerne traten ohne Anwendung von Reagentien ungewöhnlich stark hervor. Neben den Markzellen waren auch die Fettzellen des Knochengewebes in augenfälligster Weise verändert; sie waren nämlich atrophirt und bei längerem Bestehen der Hydrargyrose ganz geschwunden. Dass der Uebergang des Merkur in den Organismus die Schuld trägt, beweist der auch von Heilborn nach der Methode von Mayençon und Bergeret geführte chemische Nachweis des Quecksilbers in den Knochen. Bei längere Zeit mit verdünnten Sublimatlösungen behandelten Kaninchen traten die oben geschilderten Veränderungen der inneren Organe minder deutlich, die Hyperämie des Knochenmarkes gar nicht, auf, an den Knochen wurde nur eine gewisse Brüchigkeit beim Durchsägen bemerkt. Dagegen waren die diphtherischen Veränderungen des Darmes fast regelmässig zu konstatiren. — Betreffs der minder zahlreichen und minder detaillirt wiedergegebenen Versuche an Hunden ist von obigen Befunden wesentlich Abweichendes nicht mitzutheilen. — In der Epikrise hebt Verf. schliesslich folgende Punkte hervor: 1) Die öfter gefundene fettige Entartung des Herzmuskels dürfte Ursache des von Pearson meisterhaft geschilderten Erethismus mercurialis sowie der plötzlichen Todesfälle beim akuten Merkurialismus sein. 2) Zwischen der oben beschriebenen Darmdiphtherie und der Nierenaffektion nach Sublimatbeibringung besteht ein alternirendes Verhältniss; je mehr Quecksilber im Darme deponirt war, desto geringer war der Salzinfarkt der Nierenkanälchen und umgekehrt. 3) Glaubt Heilborn, dass die Dolores osteocopi der Syphilitiker in der von ihm bei durch Quecksilber herbeigeführter Abmagerung höheren Grades nie vermissten Hyperämie des Knochenmarkes ihren Grund haben. (Arch. f. exp. Path. und Pharm., VIII p. 360, 1878.) —

Auf die für den Gesammtstoffwechsel so wichtigen Vorgänge im Darmkanale ist man erst wieder in der neuesten Zeit aufmerksam gemacht worden, hingeleitet durch die vielen interessanten Thatsachen, die sich bei den künstlichen Fäulnissversuchen ergaben. Neben den flüchtigen Fettsäuren (von Essig- bis Kapron-Säure incl.) sind das Indol, Scatol und Phenol als konstante Begleiter der Darmfäulniss nachgewiesen — die gleichen Produkte also, welche auch bei der künstlichen Fäulniss erhalten werden. Hierdurch wird aber erst das Auftreten des Indigo- und des Scatol-Farbstoffes sowie des Phenols im Harn verständlich. Ueber die gegenseitigen Beziehungen dieser Ausscheidungsprodukte herrscht vorläufig noch völlige Unklarheit. Jaffé und nach ihm Senator verdankt man einige Aufschlüsse über die quantitativen Verhältnisse der Indikanausscheidung, doch vermögen wir daraus keine Rückschlüsse über die Intensität der Fäulniss zu ziehen, da ja die Harnfarbstoffe aus verschiedenen Fäulnissprodukten sich bilden, von denen das Scatol, welches relativ viel reichlicher als Indol bei der Darmfäulniss entsteht, grösstentheils mit den Fäces wieder ausgeführt wird. Zudem tritt Indol schon als sehr frühes Produkt der Fäulniss auf, während Phenol erst allmählig mit der Dauer dieses Prozesses zunimmt. Unter Berücksichtigung dieser Thatsachen dürfte man von quantitativen Bestimmungen des Phenolgehaltes im Urine voraussichtlich eine viel bessere Anschauung von dem Grade der Fäulniss erhalten. In dieser Richtung hat desshalb Dr. L. Brieger, Assistenzarzt der medizinischen Klinik zu Bern, bei verschiedenen Krankheiten den Phenolgehalt des Harnes durch Destillation dieses letzteren mit verdünnter Schwefelsäure und Fällung des Phenols als Tribromphenol bestimmt, nachdem er sich von der Genauigkeit dieser Methode durch Kontrolversuche überzeugt hatte. Seine über mehr als 50 Fälle sich erstreckenden Bestimmungen haben zu höchst interessanten Ergebnissen geführt. Die schärfere Präzision und genauere Einsicht in die Phenolbildung bei Krankheiten kann aber erst

durch bedeutendere Vermehrung des Beobachtungsmateriales gewonnen werden. Er veröffentlicht zunächst (direkte Mittheilung an das Centralblatt für die mediz. Wissenschaften v. 27. Juli 1878) nur im Allgemeinen die Ergebnisse, um vorerst die Aufmerksamkeit Anderer auf diese Frage zu lenken und behält sich ausführlichere Mittheilung vor. Nach seinen Bestimmungen an Gesunden beträgt die tägliche Phenolausscheidung bei gemischter Kost im Mittel 0.0158 = 0.056 Tribromphenol. Die Phenolausscheidung ist der Indikanausscheidung nicht parallel. In mehreren Krankheiten (Peritonitis) tritt mit der Vermehrung des Indigos auch Vermehrung des Phenols ein, bei Anämieen und gewissen Kachexieen ist die Phenolausscheidung unter die Norm vermindert, während die Indikanausscheidung vermehrt ist. Ebenso bei Magenkatarrhen und Geschwüren, während bei Magenkrebs eine Zunahme des Phenols sich zeigte. Bei zwei derartigen Fällen ergab sich im Mittel 0.025 resp. 0.061 Phenol; bei drei Phthisikern im Mittel 0.014, also ganz normal; bei Typhus in zwei Fällen nur Spuren, in einem dritten Falle eine geringe Vermehrung; bei einer Cholera nostras im Mittel 0.052 Phenol. Bei künstlichen Verstopfungen durch Opiumpräparate ist erst nach längerer Dauer eine geringe Vermehrung des Phenols zu konstatiren, jedoch auch dann nicht immer. Enorm ist die Vermehrung bei Peritonitis (Salkowski), z. B. in einem Falle im Maximum 0.3018 Phenol und bei zwei anderen Fällen im Mittel 0.138 Phenol. — Interessanter noch scheinen die Verhältnisse bei gewissen Infektionskrankheiten zu liegen. So erhielt Verf. aus der 24stündigen Urinmenge eines $2^1/_2$jähr. diphtherischen Kindes 0.015 Grm. Phenol. In dem 24stündigen Urine eines jungen Mannes mit Tetanus in Folge einer stinkenden und jauchigen Fingerwunde fand Verf. 0.2195 Grm. Phenol, während bei einem rheumatischen Tetanus im Mittel nur 0.013 Phenol nachweisbar waren. Konstant ist die Vermehrung bei septischen Zuständen, bei welchen Brieger die höchsten Zahlen erhielt. So enthielt in einem Falle von jauchendem Empyeme und Pleurafistel, Temperatur 38.5—40.0, am zweiten Tage nach der Aufnahme, als der Eiter noch sehr übel roch, wiewohl sorgfältigst mit Jodkalilösung ausgespritzt und verbunden wurde, der Harn 0.3112 Phenol. Am dritten Tage, an welchem kein Fieber mehr bestand und der Eiter fast geruchlos war, ergab sich 0.6309 Grm. Phenol; am 5. Tage — ohne Fieber und bei geruchlosem Eiter, betrug der Phenolgehalt 0.0226 Grm.; am 9. Tage endlich 0.1098 Grm. — Es ist gewiss sehr auffallend, dass diejenige Substanz, die gleichzeitig toxisch wirkend als am intensivsten fäulnisswidrig angewendet wird, gerade bei septischen Zuständen im Thierkörper selbst in grösster Menge entsteht, und es ist zu erwarten, dass die Phenolbestimmungen bei septischen Krankheiten uns eine Aufklärung zu ihrem Verständnisse verschaffen werden. Es scheint übrigens, dass bei derartigen Krankheiten die Phenolbildung nicht allein auf den Darm beschränkt ist. In einem Falle jauchiger Phlegmone enthielt der Urin von 24 Stunden 0.0594 Phenol. Aus dem entleerten Eiter erhielt Brieger durch Destillation mit verdünnter Schwefelsäure in reichlicher Menge Tribromphenol. — Selbstverständlich wurden alle zur Bestimmung benutzten Fälle weder mit Salicylsäure noch mit Phenol behandelt. Um zu entscheiden, ob die vermehrte Phenolausscheidung durch die Zersetzung des im Darme durch Hydratation der Eiweisskörper entstehenden Tyrosin geschieht, hat Brieger am Menschen Versuche mit grossen Dosen Tyrosin angestellt. Die Bestimmungen des dabei ausgeschiedenen Phenols und der gepaarten Schwefelsäure haben sicher ergeben, dass ein geringer Theil des eingenommenen Tyrosin als gepaarte Phenolschwefelsäure ausgeschieden wird. —

Dr. Berdinel macht darauf aufmerksam, dass man nur selten die Diagnose eines Aorten-Aneurysma sofort stellen kann; meistens konstatirt man vorerst nur einen intrathorakischen Tumor, und erst durch nachträgliches genaues Studium der Symptome und des Fortschreitens der Affektion lässt sich das Aneurysma als solches genau diagnostiziren. Ein Fall aus der Beobachtung des Verfassers betraf einen 63jähr. Mann, der seit 6 Monaten an motorischer und sensibler Lähmung der Unterextremitäten, verbunden mit schmerzhaften Krämpfen der Schenkelmuskulatur, litt; es fand sich ein enormer Tumor zwischen dem inneren Rande der linken Scapula und den Dornfortsätzen der ersten fünf Brustwirbel. Diese runde und fluktuirende Geschwulst zeigte deutliche Pulsationen, einen gedämpften Perkussionsschall und zwei mit den Herztönen isochrone Töne; über der linken, offenbar komprimirten Lunge fehlte das Respirationsgeräusch. In diesem

Falle war das Aneurysma zwar leicht zu diagnostiziren, aber es war gleichsam verborgen unter den Symptomen der Paraplegie, welche dem Drucke auf das Rückenmark ihre Entstehung verdankten. — In einem anderen Falle schwankte die Diagnose längere Zeit hindurch zwischen Aortenaneurysma und solidem Mediastinaltumor, bis mit der Vergrösserung des Tumors in der Ausbreitung desselben zwischen Haut und Thoraxwand letztere Diagnose gesichert wurde; bei der Sektion fand sich ein enormes Lymphadenom des Mediastinums, welches die linksseitige zweite Rippe und die Interkostalmuskeln durchbrochen hatte. Berdinel macht schliesslich darauf aufmerksam, dass man bei manchen Individuen mit weichen und mageren Bauchdecken im Epigastrium energische Pulsationen konstatiren kann, und dass man hier bei der Auskultation ein starkes Blasen hört; sind gleichzeitig gastrische Störungen vorhanden, so kann man sich zur Annahme eines Aortenaneurysma verleiten lassen, während es sich nur um einen Zustand „nervöser Erregung" handelt und das blasende Geräusch dem Drucke des Stethoskopes auf die Aorta seine Entstehung verdankt. (Gaz. méd. de Paris, 1878, Nr. 12.) —

Bei den noch abweichenden Ansichten der Dermatologen über den Werth der innerlichen Verabreichung des Theers gegen Psoriasis berichtet George M. Hirons über einen Fall, in welchem das Mittel, ausschliesslich in dieser Weise angewendet, sehr günstig wirkte. Der Kranke war 23 Jahre alt, die Psoriasis bestand seit einem Jahre und war von verschiedenen Aerzten, auch mit starken Dosen Arsenik, vergeblich behandelt worden. Verfasser gab zuerst — ohne jede äusserliche Verordnung — 0.18 Grm. Pix liquida mit Mehl zu einer Pille gemacht drei Mal täglich, in der zweiten Woche vier Mal. Nach 14 Tagen waren die Psoriasisflecken flacher. Von jetzt an erhielt der Kranke eine Mischung aus einem Theile Pix liquida und drei Theilen Theriak und zwar mit zwei Theelöffeln täglich beginnend, bis zu 3—4 Theelöffeln steigend. Die letztere Dosis, welche etwa 3.6 Grm. Theer enthielt, wurde nicht vertragen; der Kranke bekam Uebelkeit und Diarrhoe, so dass kleinere und seltenere Dosen gereicht werden mussten. Trotzdem besserte sich das Uebel schnell und war nach einer im Ganzen dreimonatlichen Kur vollständig verschwunden. Ein halbes Jahr später war noch kein Rückfall eingetreten. — Prof. Thiry hat in zwei Fällen von veralteter Psoriasis bei jüngeren Personen Jaborandi angewendet; in dem einen Falle (allgemeine Psoriasis) war der Erfolg ein sehr günstiger, in dem anderen (Psoriasis guttata) war die Heilung nicht ganz vollständig. Der erste Kranke stellte sich in späterer Zeit wieder vor und zeigte nur ein leichtes Recidiv an Nase und Extremitäten, verweigerte indessen eine nochmalige Kur mit Jaborandi, nachdem die erstmalige einen etwa achtwöchentlichen Aufenthalt im Spitale beansprucht hatte. Man gab das Mittel als Infus, in dem zweiten Falle bis zu 9 Grm. täglich, in dem ersten nur bis 4 Grm. Aus diesen Beobachtungen zieht Thiry folgende Schlüsse: 1) Die Wirkung der Jaborandi kann unendlich wechseln, je nach Konstitution und Temperament der Kranken; das Mittel scheint um so kräftiger zu wirken, je schwächer das betreffende Individuum ist. 2) Bei veralteten Dermatosen, wie Psoriasis, vermag Jaborandi wohl die Intensität des Leidens zu vermindern, dasselbe wohl auch zum Verschwinden zu bringen, doch kann man nicht behaupten, dass seine Wirkung diejenige des mit Schwefel verbundenen Kalomel, der Arsenikpräparate und selbst der Kantharidentinktur übertreffe. 3) Die Darreichung der Jaborandi erfordert grosse Vorsicht; das Mittel widersteht den Kranken leicht und verlangt zu einer definitiven Würdigung verschiedene Versuche. (Schmidt's med. Jahrb., 1878, Nr. 5.) —

Dr. Franz Rheims berichtet folgenden Fall von Fremdkörperreflexepilepsie: Am 16. Nov. v. Js. meldete sich der Schlossergeselle J. K., welchem bei der Arbeit ein Gussstahlsplitter am linken Handrücken, in der Nähe des Köpfchens des vierten Metacarpus, eingedrungen war. Ein Einschnitt sowie vorsichtiges Sondiren mit einer spitzrandigen Pincette war erfolglos, wesshalb von ferneren Versuchen Abstand genommen wurde. Unter einfachem Verbande heilte die kleine Wunde schnell und konnte der Verletzte unbehindert seiner Arbeit nachgehen. Ungefähr vier Monate später wurde Verf. gegen Mitternacht zu dem J. K. geholt. Dessen Angehörige sagten aus, dass er soeben Zuckungen und Krämpfe gehabt habe und nicht zur Besinnung zu bringen sei. Auf eine laute Anrede öffnete der Kranke die Augen, war aber

unbesinnlich und vermochte es nicht, die an ihn gestellten Fragen zu beantworten. Puls, Respiration und Herztöne waren normal; gegen 6 Uhr Morgens traten die Zuckungen im verstärkten Maasse auf. Rheims untersuchte genau die linke Hand und fand ein durchschimmerndes schwarzes Pünktchen am linken vierten Metacarpus. Nach einem Einschnitte konnte mit einer Hackenpincette ein vertikal stehendes Gussstahlstückchen von 1 Cm. Länge und 0.5 Mm. Breite mit zackigen Rändern und scharfen Endspitzen, welche jedenfalls die Rückenäste des Ulnarnerven gereizt haben mussten, vollständig — ohne abzubrechen — entfernt werden. Seit dieser Zeit ist Patient von epileptiformen Anfällen verschont geblieben. (Wien. med. Wochenschr., 1878, 20. Juli.) —

Dr. Charles Bell geht von der Ansicht aus, dass das Erysipelas in den meisten Fällen auf einer Blutvergiftung durch Einwirkung unreiner, verdorbener Luft beruhe und sich in dieser Hinsicht ähnlich verhalte wie Scharlach, Diphtherie u. s. w. Er hält desshalb solche Mittel für angezeigt, welche darauf berechnet sind, das Gift möglichst schnell aus dem Körper zu entfernen und seine Einwirkungen aufzuheben, ohne dabei die Lebenskraft herabzusetzen. Hierzu erschien ihm nach langjähriger Erfahrung die Tinctura ferri muriatici (zweistündlich 20 Tropfen und nicht zu verwechseln mit der Tinctura ferri sesquichlorata) am geeignetsten, ja als ein wirkliches Specificum. Er bringt die Sache jetzt nur darum nochmals zur Sprache, weil Prof. Spence die antiphlogistische Methode von Neuem dringend empfohlen und das Eisen für gewisse Fälle sogar als schädlich hingestellt hat. Bell beruft sich ausser auf seine früheren Mittheilungen noch besonders auf die günstigen Erfahrungen, welche Begbie und George W. Balfour gemacht haben und fordert zur weiteren Prüfung derselben am Krankenbette auf. Auch der Vorgänger von Spence, Prof. Miller, sei durch eigene Beobachtungen zu einem günstigen Urtheile über die Behandlungsmethode Bell's bekehrt worden. (Edinb. med. Journal XXII p. 96.)

Auf der inneren Abtheilung von Bethanien wurde am 16. Januar d. J. ein Patient aufgenommen, der im September und Oktober v. Js. an Magenbeschwerden gelitten hatte. Seit Mitte Dezembers bestanden die Zeichen einer linksseitigen Pleuritis, starker Kräfteverfall, Inguinal- und Axillar-Drüsen geschwollen. Wegen Steigens des Pleuraexsudates wurde nach einigen Tagen die Punktion vorgenommen, wobei sich eine trübe dunkelgelbliche Flüssigkeit entleerte. Nachdem diese eine halbe Stunde gestanden, bildete sich an ihrer Oberfläche eine weisslichgelbe Schichte von kaum 1 Mm. Dicke, die bei der mikroskopischen Untersuchung als Bestandtheile Fettkörnchenkugeln neben freien Fetttropfen erkennen liess. Die Punktion wurde später noch zwei Mal wiederholt; jedes Mal zeigte die entleerte Flüssigkeit Fettgehalt. Die Sektion ergab ein — primäres — Magenkarzinom, in beiden Pleurahöhlen zahlreiche metastatische, ulcerirte Karzinome. Auf den Geschwürsflächen der letzteren liessen sich zahlreiche fettkörnchenhaltige Zellen nachweisen. In Zusammenhalte mit einigen anderen in der Literatur beschriebenen Fällen kommt Beegehold, der diesen Fall in der Berliner klin. Wochenschrift 1878 Nr. 24 beschreibt, zu dem Schlusse, dass, wenn eine bei der Punktion entleerte Flüssigkeit eine aus Fettkörnchenkugeln bestehende Rahmschichte liefert, es sich um eine maligne Neubildung, u. zwar speziell Karzinom, vielleicht auch Tuberkulose, der Pleura handelt. —

Tabellarisch veröffentlicht (Berliner klin. Wochenschrift, 1878, Nr. 11) Professor Dr. Schroeder seine ersten 50 Berliner Ovariotomieen. Die Gesammtzahl der Todesfälle beträgt 10, darunter aber 3, welche an fortschreitendem Krebse in späterer Zeit nach der Operation zu Grunde gingen. Abzüglich derselben hat er eine Mortalität von genau 14 pCt. Er hebt in einem kurzen Resumé über sein Verfahren die penible Durchführung der antiseptischen Methode als den wichtigsten Faktor zur Erzielung günstiger Resultate hervor. Diese Antiseptik hat in scheinbar ungünstigen Lokalitäten, wie die Berliner geburtshilfliche Klinik, günstige Resultate ermöglicht; von den ebendaselbst operirten Patientinnen ist nur eine einzige gestorben; im Privathause ist eine so genaue Beaufsichtigung gar nicht möglich. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

. 34.

Erlangen, am 24. August 1878.

chentlich Bogen von uartseiten. s jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

lt. Ueber periodische Hämoglobinurie. Zur Lehre vom Scheidenvorfall. Thymol statt Karbolsäure zur Wundbehandlung. Ueber traumatische Wochenbettkrankheiten. Zur Erklärung des Doppeltones an der Cruralarterie. Bronchialkatarrh nach grossen Bromkaliumgaben. Das Mikrophon zur Entdeckung der Blasensteine. Neigung mit Struma behafteter Frauen zu Metrorrhagieen.

In Volkmann's „Sammlung klinischer rträge" verbreitet sich in Nr. 134 Dr. L. chtheim über periodische Hämoobinurie. Die Thatsache, dass neben iem bluthaltigen Urine auch ein blutfarbffhaltiger vorkomme, war bereits von Pavy kannt, und trotzdem dieser Forscher auf s Fehlen morphotischer Elemente in blutig färbten Harnen zuerst aufmerksam machte, nnte er sich doch nicht entschliessen, für ese Krankheitsform den Namen Hämaturie ıfzugeben. Die Engländer, welche seitdem ehrere Fälle beschrieben haben, behielten e alte Nomenklatur bei, weil sich in ihren ntersuchungsobjekten ab und zu Spuren orphotischer Elemente, wie rother Blutkörerchen und Cylinder, vorfanden. Verhältissmässig selten, wenn die geringe Zahl einchlägiger Fälle in der Literatur dieser Länder einen Rückschluss gestattet, ist das Auftreten blutfarbstoffhaltiger Urine in Deutschand und Frankreich beobachtet worden, nämlich in jedem dieser beiden Länder je zwei fälle. An zwei weiteren Fällen erläutert Lichtheim die Symptome der Hämoglobinurie, ihre Diagnose, Aetiologie, Verlauf und Prognose. Die Kranken, bisher nur männlichen Geschlechtes und verschiedenen Lebensalters, bekommen nach einer nachweisbaren Erkältung Stechen in Händen und Fingern, Ziehen in den Gliedern und im Kreuze, leichtes Frösteln oder einen ausgesprochenen starken Schüttelfrost, allgemeines Unwohlsein. Nach dem Froststadium, in welchem eine Harnabsonderung nicht stattfindet, entleert der Patient in hohem Fieber unter starkem Schweisse und Hitzegefühl einen dunkelrothen Harn. Derselbe ist stark sauer und eiweisshaltig, doch bildet sich in der Siedehitze nicht der bekannte flockige Niederschlag, sondern ein zusammenhängendes braunes Gerinnsel, welches auf der Oberfläche schwimmt. Thut man dies Gerinnsel in mit Schwefelsäure versetzten Alkohol, so gibt es beim Erwärmen den Farbstoff an die Flüssigkeit ab; es erweist sich demnach der Harn als eine Hämoglobinlösung. Dem entspricht auch das optische und spektroskopische Verhalten. Der verdünnte Harn ist vollkommen durchsichtig und hat die Eigenschaften des lackfarbigen d. h. seiner rothen Blutkörperchen beraubten Blutes, an dessen Serum der Blutfarbstoff getreten ist, während blutiger Urin undurchsichtig ist. Dass keine Blutkörperchen im Urine sind, zeigt ein Blick in's Mikroskop. Ferner finden sich im grünen Abschnitte des Spektrums die zwei Absorptionsstreifen des Hämoglobin zwischen den Frauenhofer'schen Linien D und E. Nach dem Anfalle befindet sich der Patient wohl, der Urin wird immer heller und gelber und verliert das Eiweiss. Solche Attaquen haben eine bald kürzere, bald längere Dauer, sind häufig rudimentär, ohne Schüttelfrost, und treten zu unbestimmter Zeit auf, meistentheils jedoch in kalter Jahreszeit, besonders im Winter, daher auch der Engländer Hascal dieses Leiden „Winterhämaturie" genannt

hat. Der Stärke der Anfälle ist die Menge des ausgeschiedenen Hämoglobin proportional. In einem Falle traten bei Beginn des Anfalles Quaddeln an den Extremitäten auf; auch Sander beobachtete Quaddeln bei einer Lammbluttransfusion. Als konstantes Symptom fand sich bei sämmtlichen bisher beobachteten Fällen von Hämoglobinurie eine Empfindlichkeit beider Nierengegenden; bei dem von Secchi-Lichtheim behandelten Knaben von 13 Jahren waren Leber und Milz geschwollen und empfindlich. — Der Verlauf des Leidens ist ein sehr in die Länge gezogener; dabei nehmen die Kranken eine wachsgelbe Hautfarbe und ein ikterisches Blassrosa der sichtbaren Schleimhäute an. Es stellt sich eine nach jedem Anfalle mehr zunehmende Anämie und Schwäche ein, von welcher sich jedoch die Kranken in den Gesundheits-Intervallen, besonders während der warmen Sommermonate, erholen, so dass auf Jahre hinaus das Leben nicht bedroht wird. Daher ist die Prognose in Bezug auf das Leben eine günstige, in Bezug auf die vollständige Genesung jedoch eine schlechte, da bisher kein einziger Fall von Heilung vorliegt. Ebensowenig wurde aber auch bis jetzt ein lethaler Ausgang beobachtet. — Es sollte daher bei dem Mangel von Sektionsergebnissen schwierig sein, über die Natur des Leidens Aufschluss zu bekommen. Doch machen die Versuche von Ponfick über Lammbluttransfusion, welche die Hämoglobinurie mit denselben Erscheinungen einsetzen lässt, sowie die gemeinschaftlichen Versuche Lichtheim's und Cohnheim's über Hydrämie und hydrämisches Oedem es im höchsten Grade wahrscheinlich, dass es sich bei der Hämoglobinurie um Zerstörung der rothen Blutkörperchen und Abgabe des Farbstoffes an das Serumeiweiss handle — eine Annahme, die durch das Auftreten blutfarbstoffhaltigen Urines bei Vergiftung mit Arsenwasserstoff, Salzsäure, Schwefelsäure, bei den deletären Formen des Typhus und bei ausgedehnten Verbrennungen ihre Bestätigung findet. Dass in einer Nierenkongestion, wie die Engländer behaupten, nicht die Grundlage des Leidens zu suchen sei, ist durch Ponfick's Untersuchungen erwiesen, welcher zeigte, dass jede hochgradige Hämoglobinurie immer eine Schädigung des sekretorischen Apparates zur Folge hat. Wir haben also die Empfindlichkeit der Nierengegend als eine rein sekundäre Erscheinung zu betrachten. Wenn Verfasser als Gelegenheitsursache des Wiederausbruches der bereits vorhandenen Affektion eine Erkältung hinstellt, so stimmen mit ihm die Beobachtungen Bollinger's in der Thierheilkunde überein. Auch bei Pferden und Rindern tritt Hämoglobinurie auf, bei letzteren ist sie nur an bestimmte Weideplätze gebunden und verschwindet beim Genusse anderen Wiesenfutters, bei ersteren tritt die Krankheit zur Winterszeit auf, wenn sie aus dem warmen Stalle in kalte Luft geführt werden. Die Krankheit der Pferde, unter dem Namen „schwarze Harnwinde“ oder „Winddrehe“ bekannt, geht mit Parese der Hinterextremitäten und Oedem der Lendengegend einher und endet immer tödtlich. — Lichtheim spricht sich schliesslich gegen die Anwendung der bei der Hämaturie von den Engländern empfohlenen Therapie aus und empfiehlt vielmehr für die Hämoglobinurie Eisenpräparate und warme Temperatur.

Dr. W. Tauffer, Assistent an der gynäkologischen Klinik zu Freiburg i. Br., sucht in der deutschen mediz. Wochenschrift III 22—25 die anatomische Lehre des Prolapsus, abweichend von der bisher üblichen Eintheilung, den praktischen Zwecken entsprechend, darzustellen. Er unterscheidet folgende Arten: A. Primär isolirter Scheidenvorfall, bei normalem Stande der Gebärmutter, und zwar a) Vorfall der vorderen Wand, b) Vorfall der hinteren Wand, c) Vorfall beider Wände. Das Verhalten von Blase, Mastdarm, vorderer und hinterer Bauchfellfalte ist hierbei zu berücksichtigen. B. Primärer Scheidenvorfall, kompliziert mit Lageveränderung der Gebärmutter, und zwar a) Vorfall der vorderen Wand, b) Vorfall der hinteren Wand, c) Vorfall beider Wände, mit Descensus oder Prolapsus uteri incompletus. Hierbei kommt das Verhalten des Corpus, der Portio vaginalis, des Supravaginal-Collum, der Blase, des Rektum wie der vorderen und hinteren Bauchfellfalte in Frage. C. Primäre Senkung und Vorfall der Gebärmutter, mit partieller oder totaler Inversion der Scheide, wobei das Verhalten von Blase, Mastdarm und vorderer wie hinterer Bauchfellfalte von Wichtigkeit ist. Im Anhange bespricht Tauffer die Verhältnisse der Adnexa und der Harnleiter. — Von allen diesen verschiedenen Entwicklungsstadien des Prolapsus gibt derselbe ein mit minutiöser Genauigkeit und kritischem Scharfblicke entworfenes anatomisches Bild, welches gleich-

wohl im Auszuge wiederzugeben nicht möglich ist. Desshalb ist hier nur auf dasjenige näher einzugehen, was von Tauffer bezüglich der Prophylaxis und Therapie des Vorfalles gesagt wird. Die erstere hat sich zunächst mit der Verhütung der nachtheiligen Folgen grosser Dammrisse zu beschäftigen. Verf. verurtheilt in ziemlich scharfer Weise die Behandlung frischer Dammrisse mittelst Serres-fines, welche er als „üble Spielerei", das Anlegen derselben Seitens der Aerzte als eine „Sünde" bezeichnet. Das einzig richtige Verfahren seiner Ansicht nach besteht in der Naht, welche mit allen jenen Kautelen anzulegen ist, welche bei der Operation des alten Dammrisses zu beobachten sind. Nächstdem hat die Prophylaxe sich mit der Leitung der Nachgeburtsperiode zu befassen, wobei sich Verfasser mit fast gleicher Entschiedenheit gegen das ziemlich allgemein übliche Credé'sche Verfahren ausspricht, weil es, von ungeschickter Hand oder nicht im richtigen Momente ausgeführt, leicht zur Bildung von Vorfall Anlass geben könne. — Bezüglich des Wochenbettes warnt Tauffer vor dem zu festen Anlegen von Binden zur Stütze der Bauchdecken; auch hierdurch kann die noch vergrösserte Gebärmutter leicht tiefer in die Beckenhöhle gedrängt werden. Eben so nachtheilig kann ein während des Wochenbettes lange anhaltender Husten wirken, indem die damit verbundene gewaltsame Aktion der Bauchpresse die Dislokation des Uterus begünstigt. Nicht minder übt aber auch Koth- und Urin-Stauung im Wochenbette einen die Lageveränderung der Gebärmutter begünstigenden Einfluss aus, theils durch die mechanische Ausdehnung von Blase und Mastdarm, theils durch konsekutive Dehnung und Erschlaffung der Ligamente. Die Frage, wann zum Vorfalle geneigte Wöchnerinnen das Bett verlassen dürfen, beantwortet Tauffer dahin, dass das Uebel an sich wohl längeres Liegen im Interesse gehöriger Rückbildung der betreffenden Organe erfordere, dass aber andererseits der Allgemeinzustand, Verdauung und Kreislauf im venösen Gebiete des Unterleibes, sowie der Tonus des ganzen Organismus baldige Bewegung, Muskelthätigkeit, d. i. Aufstehen, erfordere. Es würde daher der Wöchnerin nach Ablauf der normalen Frist das Aufstehen und Bewegen in frischer Luft auf kurze Zeit (eine halbe Stunde) zu gestatten, ihr aber dann eine doppelt so lange Ruhe in horizontaler Lage anzuempfehlen sein. — Bezüglich der Therapie nimmt Verfasser, und wohl mit Recht, an, dass in Folge der genaueren Kenntniss der bei den verschiedenen Stadien des Vorfalles sich bemerkbar machenden anatomischen Veränderungen auch eine präzisere und erfolgreichere Behandlung des Prolapsus je nach diesen Stadien Platz greifen werde. Er glaubt, dass in den Anfangsstadien mit einer medikamentös-diätetischen Behandlung auszukommen sei, während in den höheren Graden des Uebels, in welchen die Lageveränderung der Organe durch ihren mechanischen Einfluss zur Förderung der Krankheit beitrage, neben der örtlichen, medikamentösen die palliative, mechanische Behandlung mittelst Pessarien in Anwendung zu bringen sei. — In der dritten Gruppe endlich fasst er diejenigen Fälle zusammen, in welchen bei dem höchsten Grade der Krankheitsentwicklung ursächliche Momente und Folgezustände sich gegenseitig decken und in welchen dauernde Heilung nur durch radikale operative Behandlung zu erzielen ist. — Unter den Mitteln, welche in den Anfangsstadien zur Hebung des Kräftezustandes im Allgemeinen dienlich sind, empfiehlt Tauffer neben dem üblichen Eisen und Chinin See-, Eisen- und Stahl-Bäder, nächstdem örtlich kühles Wasser, Alaun, Tannin, gerbstoffhaltige Decocte in Form von Douchen, Sitzbädern, Einspritzungen oder als Tampon. Er gibt der aufsteigenden Douche vor den allgemein üblichen Einspritzungen, welche wegen der zu kurzen Dauer ihrer Einwirkung unzweckmässig seien, den Vorzug; bei den Sitzbädern befürwortet er das Einbringen des Bade-Speculum, die tamponartige Anwendung der Adstringentien aber nur in den Fällen, in welchen Douche- und Sitz-Bäder aus äusseren Gründen nicht anwendbar sind. — Bei der zweiten und dritten Gruppe der Fälle hat sich die Therapie ausserdem hauptsächlich mit der Reposition und mit der Behandlung der Geschwüre zu befassen. Die erstere gelingt bei geringeren Graden des Uebels meist leicht und vollständig. In hochgradigen Fällen wird dieselbe durch perimetrische Adhäsionen und Verwachsungen, durch freien Ascites, Tumoren und bedeutendere Anschwellungen der Gebärmutter erschwert; hier muss die Behandlung der Komplikationen, beziehungsweise der Grundkrankheit derselben (Ascites) vorausgehen. Die Geschwürsbildung erfordert, nächst strengster Reinlichkeit und Anwendung der oben genannten örtlichen Mittel, bei allzuträger Heilung Anwendung der Reiz- und

Aetz-Mittel, selbst des Glüheisens. — Die Hauptaufgabe bleibt aber immer, nach erfolgter Reposition die normale Lage der Organe dauernd zu erhalten, bei horizontaler Rückenlage gelingt dies meist schon mittelst Tampon und T-Binde, nächstdem palliativ durch Pessarien, von welchen Verf. nur das Hodge'sche Hebelpessarium, den Meyer'schen Kautschukring und die Zwanck'schen Flügelpessarien empfehlen zu können glaubt. Den Stützpunkt des ersteren bilden die absteigenden Aeste des Schambeins, bei dem zweiten der Beckenboden, bei den Flügelpessarien die seitlichen Beckenwände mit ihren Weichtheilen; bei allen drei Arten dient die Spannung der Scheide zur Fixirung des Instrumentes als wesentliche Stütze. Ist der Vorfall so bedeutend und so komplizirt, dass jeder brauchbare Stützpunkt fehlt und die genannten Mittel nicht mehr genügen, so kann man ein Hysterophor anwenden; als dem Zwecke am meisten entsprechend wird das von Breslau angegebene bezeichnet sowie das durch Scanzoni verbesserte Roser'sche Hysterophor. Immer aber bleibt in solchen Fällen die Operation das einzig radikale Mittel, welcher je nach den Umständen als vorbereitende Hilfsoperationen die trichterförmige Exzision der hypertrophischen Vaginalportion mit Umsäumung, die Elytrorrhaphia anterior und lateralis vorausgehen müssen. Erst wenn die überflüssige hypertrophische Gewebsmasse dadurch vermindert ist, folgt die radikal heilende Elytrorrhaphia posterior, nach Hegar, mit weit hinaufgehender Anfrischung. —

Die vorzüglichen Erfolge in der Volkmann'schen Klinik zu Halle bei Behandlung der Wunden mit Thymol an Stelle der Karbolsäure haben Carl Seyferth zu Langensalza veranlasst, seit März dieses Jahres Thymol ausschliesslich bei allen chirurgischen Eingriffen zu verwenden. Sehr befriedigende Wirkung konnte er auch mehrere Male bei ausgedehnten Verbrennungen der Körperoberfläche beobachten; es trat sofortige Beseitigung der stinkenden Eiterungen ein bei Fällen, die schon Tage lang mit Leinöl und Kalkwasseremulsion behandelt waren, und eine auffallend rasche Heilung erfolgte bei gänzlicher Schmerzlosigkeit der Wundflächen. Die tief haftenden Brandschorfe stiessen sich frühzeitig los, ohne so stark wuchernde Granulationsflächen zu hinterlassen, wie sie bei Karbolverbänden häufig zu beobachten sind. Dem entsprechend war auch die Narbenbildung eine weniger tiefe und straffe. — Eine hochgradige Stomatitis, mit starker Schwellung der Mundschleimhaut, welche durch Einathmen ätzender Dämpfe bei einem Metallarbeiter entstanden und zwei Tage ohne Erfolg mit Kali chloricum und Borsäurelösung bekämpft wurde, nahm einen raschen günstigen Verlauf durch Ausspülungen mit einer Thymollösung 0.3:1000. Dies veranlasste Verfasser, dieselbe Lösung in einem Falle von Diphtherie anzuwenden, in welchem selbst die Umgebung der Kranken durch deren stinkenden Athem sehr belästigt wurde: Die Patientin, ein 6jähr. Mädchen, hatte dicke graugelbe Belege auf Gaumensegel und Fauces, starke Koryza und in Folge dessen erhebliche Suffokation; gleichzeitig fand sich starke Schwellung der submaxillaren Region und asthenisches Fieber vor. Es wurden halbstündige Einspritzungen in Mund und Nase mit obiger Thymollösung vorgenommen. Schon am nächsten Tage war der üble Geruch sehr vermindert und konnten einzelne grosse Fetzen mit der Pincette von den Tonsillen und dem Zäpfchen entfernt werden. Am dritten Tage der Krankheit war der Prozess auch auf den Kehlkopf übergegangen und musste wegen drohender Erstickung ein starkes Emetikum gereicht werden, worauf Erleichterung eintrat. Die sichtbare Schlundpartie war am 5. Tage von diphtherischen Belege frei; das Kind schluckte, wenngleich auch ein grösserer Theil der Flüssigkeit noch durch die Nase regurgitirte; nur die Stimme blieb noch mehrere Tage tonlos. — In gleicher Weise wurden ausserdem noch zwei gleich schwerere Fälle von Diphtherie wie der geschilderte, mit elf, beziehungsweise 13 Jahren innerhalb einer Woche, sowie ferner vier leichtere Fälle von Diphtheritis faucium zur Heilung geführt, in welchen von anderer Seite Flores sulfuris als Einblasungen und Emulsion schon zwei bis drei Tage lang erfolglos angewendet waren. Bei dieser Gelegenheit hebt Seyferth hervor, dass er seit zwei Jahren bei der Behandlung der Rachendiphtherie gänzlich vom allem Bepinseln und Aetzen mittelst Schwammstäbchen absteht. Da es sicher ist, dass die häufigen Entzündungen und Vereiterungen in der Umgebung des Unterkiefers, ebenso die eiterigen Mittelohrkatarrhe dadurch erst recht herbeigeführt werden, indem durch das immerhin gewaltsame Bepinseln der Rachenpartie sowie durch das starke Wegdrücken der Belege mittelst

er Schwammstäbchen erst recht die diph-
nerischen Massen in die lockeren, stark ge-
chwellten Gewebe rein mechanisch gedrückt
erden und somit raschere Aufnahme in die
ymphräume erfahren. — Eiterige Koryza
nd eiterige Ohrkatarrhe weichen der Thymol-
ehandlung um so eher, da die Patienten die
Einspritzungen häufiger geschehen lassen,
ndem der Geruch nicht so lästig ist wie der
er Karbolsäure. Lösungen von 0.25 : 1000
erden recht gut ertragen und reizen weder
n der Nase noch im Gehörgange. — In den
etzten Wochen hat Verf. auch zwei Fälle
on Ophthalmia recens natorum durch Thymol-
ösung zur Heilung gebracht. Bei beiden
Müttern war Scheidenblennorrhoe nachweislich.
Die gelben, flüssigen, sehr reichlichen Ab-
sonderungen wichen mit der Verminderung
des diphtherischen Konjunktivalbeleges, in-
dem sie stündlich, bei möglichster Erweiter-
ung der Lidspalte, durch einen Strahl Thymol-
lösung aufgelockert und weggeschwemmt wur-
den. Eiskompressen und später Wattebäusch-
chen mit Thymollösung wurden anhaltend
applizirt, da bei beiden Kindern die Horn-
häute stark infiltrirt waren. — Ebenso hat
Seyferth nach Punktion des Hypopyon in
Folge von Irido-Keratitis und bei Keratitis
suppurativa Thymollösung von 0.25 : 1000 zu
Ausspülungen verwendet und konnte bei An-
wendung des antiseptischen Verfahrens nach
Graefe's Vorschlag Heilungen ohne Trüb-
ung verzeichnen. — Bei stinkenden Lochien
hat er nach mehrmaliger Scheidenirrigation
zuerst mit 1 : 1000, später zur Hälfte und bis
zu einem Viertheile verdünnt, rasche Des-
odoration und günstige Wirkung auf den
Allgemeinzustand der Wöchnerinnen gesehen.
Bei einer Erstgebärenden mit ausgedehntem
Dammrisse fanden sich am fünften Tage
unter gleichzeitigem Schüttelfroste starke
diphtherische Belege, die hoch in die Scheide
hinauf reichten. Zweistündlich wurde mit
dem Frick'schen Uteruskatheter eine Irriga-
tion der Gebärmutter und Scheide mit Thymol
applizirt. Gleichzeitige grosse Chinindosen,
Wein und Kaffee verhinderten bei dem hoch-
gradigen Fieber (6 Tage lang 40.5—41° C.
Temperatur) den Kollaps. Erst nachdem die
missfarbigen Belege der Scheiden- und Damm-
Wunde beseitigt waren, schwand das Fieber.
— Zwei Mal fand Verf. Gelegenheit, Thymol
bei veralteten Scheidenkatarrhen mit profuser
stinkender Absonderung anzuwenden und durch
täglich dreimalige Irrigationen mit der Lös-
ung von 0.25:1000 und darauffolgende Ein-
führung eines thymolisirten Glyzerin-Watte-
Tampons innerhalb nicht ganz drei Wochen
die Heilung herbeizuführen. — In folgender
Lösung verschrieben kann man nach Sey-
ferth bei augenblicklichem Verbrauche sich
die gewünschten Verdünnungen leicht her-
stellen; bleibt eine nicht genügende Verdünn-
ung mit Wasser länger stehen, so scheidet
sich Thymol wieder schuppig aus: Thymol 1.0,
Spir. vini 10.0, Glyzerin 20.0, Aq. destill. 70.0.
MDS. Aeusserlich. (Allg. med. Centralzeitung,
1878, 3. August.) —

Die traumatischen Wochenbett-
krankheiten bespricht Dr. A. Hempel
zu Wiesbaden in der deutsch. med. Wochen-
schrift III Nr. 26. Während die Frage nach
Aetiologie und Form der auf Infektion be-
ruhenden puerperalen Erkrankungen nahezu
abgeschlossen ist, wenn auch in Bezug auf
die Therapie alljährlich neue Mittel und Be-
handlungsmethoden empfohlen werden und
deren Wirksamkeit in Temperatur- und Puls-
Kurven graphisch nachgewiesen wird, werden
die pathologischen Veränderungen, Diagnose
und Therapie der traumatischen Wochenbett-
affektionen nicht mit gleicher Genauigkeit be-
handelt. Es gehören hierher die Vulvo-
Perinäalrisse, die Kontusionen, Schleimhaut-
risse und penetrirenden Rupturen der Scheide,
ferner die Läsionen am Muttermunde, von
den kleinen, immer beobachteten Einrissen,
den tieferen, bis an das Bauchfell reichenden
Verletzungen des Cervix bis zu der partiellen
oder totalen Abtrennung einer Muttermunds-
lippe; endlich als schwerstes Trauma die
Ruptur der Gebärmutter und ihres Bauchfell-
überzuges. Die örtliche Reaktion ist von der
Grösse der Verletzung abhängig; während die
Gebärmutter-Zerreissung mit gänzlichem oder
theilweisem Austritte der Frucht in die Bauch-
höhle meist sofortigen Tod zur Folge hat
oder Kollapsus, von dem sich die Gebärende
nicht wieder erholt, ist die Prognose bei
nicht penetrirender Ruptur, wenn es sich nur
um Zerreissung oder Durchreibung der Uterus-
muskulatur handelt, günstiger: umschriebene
Peritonitis oder Parametritis oder beide zu-
gleich sind die Folgen. Dasselbe gilt von
tieferen Verletzungen der Scheide. Oberfläch-
liche Läsionen und Kontusionen ihrer Schleim-
haut sowie Dammrisse führen entweder zu
Schwellung und Oedem der Nachbarorgane,
namentlich der Schamlippen, oder zeichnen
sich durch profuse Eiterung, langsames Ab-

stossen der mortifizirten Partieen und sehr allmählige Vernarbung aus; bisweilen folgt auch relativ rasche Heilung ohne irgend welche Komplikation. — Die letzteren die Wöchnerin oft gar nicht krankhaft beeinflussenden geringfügigeren Läsionen bedingen andernfalls am 3. oder 4. Tage eine durch Frösteln oder Schüttelfrost eingeleitete Temperatursteigerung bis höchstens 40°, welche selten den 6.—7. Tag überdauert, dann aber einen remittirenden Typus einhält. Dabei ist der Puls voll, seine Frequenz wenig gesteigert und das Allgemeinbefinden nicht ernstlich gestört. Gleiches erfolgt bei Parametritis oder Beckenperitonitis, jedoch mit höherer Temperatursteigerung, frequenterem Pulse und stärkerem Uebelbefinden der Wöchnerin, obwohl selten mit so tief benommenem Bewusstsein wie bei Infektionskrankheiten. Ein solcher akuter Zustand findet seinen Abschluss meist in einer oder mehreren Wochen; nur selten wird die Parametritis diffus oder geht die örtliche Peritonitis in eine allgemeine über. — Bei der Frage, ob eine Erkrankung im Wochenbette traumatisch oder infektiös sei, ist der Geburtsverlauf sowie der Beginn der Erkrankung von Wichtigkeit. Bei traumatischem Charakter der Erkrankung beginnt der fieberhafte Prozess meist am 3. oder 4. Tage, während bei infektiösem schon nach 20—36 Stunden die Temperatursteigerung eintritt. Ebenso geben die Pulsfrequenz und das Eintreten des Schüttelfrostes diagnostische Anhaltspunkte, endlich auch das Allgemeinbefinden der Wöchnerin; bei traumatischem Charakter macht sich der örtliche Schmerz bei übrigens geringer Reaktion besonders bemerkbar, während das infektiöse Puerperalfieber einen selbst in seinen Andeutungen charakteristischen Typus darbietet. Bei Mischformen, d. h. wenn entweder Läsion und Infektion zusammenwirken, oder wenn es sich gleichzeitig um eine durch faulende Placentarreste oder Drucknekrose veranlasste Selbstinfektion handelt, ist allerdings die Diagnose schwer, oft unmöglich, was aber nur hinsichtlich der Prognose, nicht aber der Therapie in's Gewicht fällt. — Bei letzterer spielt die Prophylaxis die Hauptrolle, wobei ausdrücklich betont werden muss, dass durch zu frühes Eingreifen viel mehr zerstört wird als durch zu langes Warten. Spiegelberg verurtheilt die prophylaktischen Operationen an sich: man soll nicht die Gefahren bekämpfen, welche vielleicht kommen können, sondern sie erst berücksichtigen, wenn ihre Vorboten eintreffen. Ist dies aber der Fall, so wähle man das schonendste Operationsverfahren. Die eigentliche Behandlung ist eine einfache und eine meist nur örtliche. Bei Damm- und Scheide-Verletzungen — nächst den etwa nothwendigen chirurgischen Eingriffen — Abspülen der Wunden mit Karbolwasser mittelst des Irrigators, nicht durch Scheideneinspritzungen, wodurch, ebenso wie durch unnöthiges Touchiren mit dem Finger, leicht Infektion entstehen kann. Bei Para- und Peri-Metritis kalte Umschläge, nicht Eisblase, ferner Blutegel oder Unguentum cinereum. Dabei absolute Ruhe, Opiumtinktur, um auch den Darmtraktus in Ruhe zu erhalten, subkutane Injektion von Ergotin; daneben Cognac, Wein, Eier, Suppe. Wenn das Bauchfell nicht mit betheiligt ist, empfiehlt sich in den ersten Tagen ein Abführmittel: Oleum Ricini. Alle indirekt die Entzündung bekämpfen sollenden Mittel sind überflüssig und nur Konzessionen an die Umgebung der Kranken. —

Der Doppelton an der Cruralarterie, wie er in sehr seltenen Fällen bei Insufficienz der Aortaklappen beobachtet wird, ist von Traube dahin erklärt worden, dass der erste mit der Ausdehnung (Diastole) der Arterie hörbare Ton durch die starke Anspannung der Arterienmembran, der zweite, mit der Zusammenziehung (Systole) der Arterie zusammenfallende Ton durch die starke Entspannung der Arterienmembran zu Stande kommt. Während für den ersten Ton unzweifelhaft die eben gegebene Erklärung zugestanden werden muss, stehen der erwähnten Erklärung des zweiten Tones nach Prof. Friedreich Bedenken entgegen. Denn es ist nach der Traube'schen Theorie nicht zu erklären, dass der Doppelton bisher nur an der Schenkelarterie gehört wurde, während die Bedingungen zu einer raschen An- und Entspannung doch auch an anderen Arterien gegeben sind, z. B. an Aorta und Karotis, an denen man aber bei Insufficienz der Aortaklappen bekanntlich keinen zweiten Ton hört. Ferner müsste der Doppelton ein häufiges Phänomen in allen jenen Fällen sein, in welchen ein tönender Kruralarterienpuls vorhanden ist. Endlich erklärt die Traube'sche Theorie nicht das zuweilen beobachtete dreitheilige Tönen an der Schenkelarterie, sowie den in einzelnen Fällen von Mitral- und Tricuspidal-Affektionen, ohne Insufficienz der Aortaklappen, vorkommenden Doppelton. Friedreich

ist nun auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass überhaupt nicht alle auskultatorischen Vorgänge, welche man als kruralen Doppelton bezeichnet, auch wirklich an der Kruralarterie entstehen, sondern dass unter gewissen Verhältnissen und zwar bei Insufficienz der Trikuspidalklappe, auch in den Kruralvenen Töne hervorgerufen werden. Wiewohl die Kruralarterie mit der Kruralvene, in derselben Scheide eingeschlossen, neben einander verlaufen, so liess sich die Kruralvene, die in Folge von Trikuspidalinsufficienz als geschwellter, sackförmiger pulsirender Tumor hervortrat, deutlich von der Kruralarterie abgränzen. Die bei Insufficienz der Trikuspidalklappe in den Kruralvenen gehörten Töne entstehen 1) entweder dadurch, dass die nahe dem Poupart'schen Bande gewöhnlich vorhandenen Klappen der Vena cruralis durch die aus dem rechten Herzventrikel regurgitirende Blutwelle geschlossen und in Spannung versetzt werden; oder 2) dadurch, dass, wenn zufällig Klappen in der Kruralvene in der Nähe der genannten Stelle fehlen, die Venenwand selbst durch die rücklaufende Blutwelle in Spannung versetzt und dadurch, ebenso wie eine gespannte Arterienmembran, zum Tönen gebracht wird. Mitunter kann selbst ein Doppelton an der Kruralvene bei Trikuspidalinsufficienz entstehen, wenn nämlich auch die Kontraktionen des rechten Vorhofes schon energisch genug sind, um eine Blutwelle bis in die Kruralvene zu treiben; es geht dieser erste durch die Kontraktion des rechten Vorhofes in der Kruralvene erzeugte Ton dem zweiten durch die Kontraktion des rechten Ventrikels erzeugten als Vorschlag, präsystolisch, voraus. Töne in den Kruralvenen sind somit sichere Zeichen einer vorhandenen Trikuspidalinsufficienz. Friedreich theilt nun ausführlich drei Fälle von Insufficienz der Mitralis und Trikuspidalis mit, in welchen einfache, auch doppelte Töne an den Kruralvenenklappen hörbar waren; in dem einen Falle liess sich der Nachweis führen, dass bei fehlenden Venenklappen — es pulsirten nämlich sämmtliche Venen der Oberschenkel bis in ihre feinen Verzweigungen hinein — die an den Kruralvenen hörbar gewesenen Töne durch rasche Anspannung der Venenwandung im Momente ihrer Pulsation hervorgerufen waren. In diesem Falle liess sich auch durch Druck des Stethoskopes auf die Vene ein venöses Doppelblasen erzeugen. — Während nun in den drei beschriebenen Fällen von Mitral- und Trikuspidal-Insufficienz die an den Kruralgefässen hörbar gewesenen Töne nur in den Kruralvenen erzeugt waren, können in anderen Fällen und zwar bei Insufficienz der Aortaklappen, welche mit solcher der dreizipfeligen Klappe kombinirt ist, wovon Friedreich drei Beispiele, zwei mit Sektionsbefund, ausführlich mittheilt, Doppeltöne in den Kruralgefässen einestheils durch die Arterie, anderentheils durch die Vene erzeugt sein. Der venöse Ton kann dem arteriellen wie ein Vorschlag kurz vorhergehen, wenn es sich um eine Retardation der arteriellen Blutwelle handelt, oder demselben alternirend nach Art der Herztöne nachfolgen, wenn eine ungleichzeitige alternirende Kontraktion der Herzventrikel vorliegt. In einzelnen der in der Literatur angeführten Fälle von Doppelton an der Kruralis bei Aortenklappen-Insufficienz war letztere höchst wahrscheinlich mit der gleichen Affektion an der Trikuspidalis komplizirt, der Doppelton daher einestheils in der Arterie, anderentheils in der Vene entstanden. — Friedreich erwähnt schliesslich, dass er den rein arteriellen Doppelton an der Kruralarterie bisher nur in zwei Fällen von nicht komplizirter Aortenklappeninsufficienz wahrgenommen habe. Es dürfte nicht unwahrscheinlich sein, dass der zweite, mit der Arteriensystole isochrone Ton durch die in der Ventrikeldiastole nach dem Herzen regurgitirende Blutwelle oder vielleicht durch die zweite, den Dikrotismus erzeugende Expansion der Arterienwandung entstände; in der That war in beiden Fällen sehr ausgeprägte Dikrotie des Kruralarterienpulses vorhanden. Uebrigens ist auch ein rein arterieller Kruraldoppelton nicht für Aortenklappen-Insufficienz pathognomonisch, da Verfasser ihn auch in einem Falle von normalem Verhalten des Herzens, bei Phthisis pulmonum acutissima mit Pleuritis exsudativa, wahrnahm; es war offenbar der akustische Ausdruck der sehr frappant ausgesprochenen Dikrotie des Kruralarterienpulses. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin XXI S. 205—258.)

G. Stille hat in einer Reihe von Fällen nach grossen Bromkalium-Gaben — wie er sie insbesondere bei Epileptikern, meist mit überraschendem Erfolge, anwendet, das Auftreten hartnäckiger Bronchialkatarrhe beobachtet. In der Reihe der Vergiftungserscheinungen stellen sie sich meist

erst nach den Symptomen von Schwindel, Angegriffensein, Schlafsucht ein. Wie das Bromkalium im Allgemeinen die Reflexerregbarkeit herabsetzt, so zeigt sich auch bei diesen Katarrhen eine sehr geringe Reaktion. Der massenhaft vorhandene, zähflüssige, glasige Schleim, welcher sich bis in die feinsten Bronchien hinein vorfindet, löst sehr seltene und wenig andauernde Hustenanfälle aus, welche nicht im Stande sind, die Schleimmassen aus der Lunge zu entfernen. Diese übermässige Schleim-Absonderung und -Anhäufung ist nach Verfasser das am meisten zu fürchtende Ereigniss beim Bromkalium-Gebrauche, welches auch den Tod herbeiführen kann. Sobald sich bei einem Bromkalium nehmenden Kranken ein solcher Bronchialkatarrh einstellt, ist es an der Zeit, mit der Dosirung beträchtlich herabzugehen oder das Mittel ganz auszusetzen. Die gleichzeitige Darreichung von Arsenik, die bei den übrigen Intoxikationserscheinungen des Bromkaliums günstig zu wirken pflegt, erwies sich diesen Katarrhen gegenüber nutzlos. — Stille hat das Bromkalium auch bei dem Veitstanze angewandt und zwar bei vier Kindern mit geringem, bei zwei anderen jedoch mit eklatantem Erfolge. Sie bekamen: Kal. brom. 25.0, Aq. dest. 125.0, Syr. ceras. 25.0. MDS: 3 stdl. 1 Kinderlöffel. Bei einem elfjährigen anämischen Mädchen trat schon nach Gebrauch von zwei Gläsern heftiger Bronchialkatarrh ein, trotzdem erfolgte nach 10 Tagen völlige Genesung. Bei einem 9jähr. Knaben war die Wirkung des Mittels schon nach drei Tagen eine eklatante, obwohl die Chorea St. Viti äusserst heftig aufgetreten war. Nach weiteren drei Tagen konnte der Knabe schon seine benachbarten Spielgenossen besuchen; es wurde die Dosis verringert und die Besserung schritt allmählig fort. Hier war keine Spur von Bronchialkatarrh zu beobachten. (Memorabilien, 1878, 4. Heft.) —

Niemand Geringerem als dem berühmtesten lebenden Steinoperateur und früheren Arzte Napoleons, Sir Henry Thompson nämlich, war es vorbehalten, das Mikrophon zur Entdeckung der Blasensteine nutzbar zu machen. Mit Hilfe von Prof. Hughes selbst wurde dem Handgriffe die Steinsonde adaptirt, während die galvanische Batterie, aus drei Lectanché-Elementen bestehend, andererseits ein Telephon in sich schloss. Sowohl in einem kleineren Kreise wie später im gefüllten Auditorium konnte die leiseste Berührung des Steines oder eines kleinen Fragmentes, welche jedem in der Nähe des Kranken Stehenden unwahrnehmbar verblieb, von jedem, der am Telephon in beliebiger Entfernung vom Patienten selbst sich befand, deutlich vernommen werden. Brachte man das Telephon an's Ohr, so wurden die betreffenden Wahrnehmungen ausgezeichnet laut und deutlich. Der hierbei gehörte Ton ist zwar durchaus nicht der, welchen man sonst bei Berührung des Steines zu hören gewohnt ist, dennoch aber gleicht er völlig einem deutlichen Anschlagen von Metall gegen einen festen Fremdkörper, so dass eine Verwechslung desselben mit den gleichzeitig zu hörenden, von der Berührung der Sonde mit den Blasenwandungen herrührenden Reibegeräuschen unmöglich ist. Freilich muss man, um die Gegenwart des Steines auf solche Weise allseitig vernehmlich zu machen, wie „The Lancet" in einem etwas ironisch gehaltenen Redaktionsartikel mit Recht bemerkt, diesen vorher erst gefunden haben, so dass für den Operateur selbst eine Nothwendigkeit der Anwendung des Mikrophons nicht besteht und letzteres mehr nur für Unterrichts- und ähnliche Zwecke brauchbar erscheint. (The Lancet, 1878, Juni 8.) —

R. Bruce Low, welcher dem Landdistrikte von Helmsley als Sanitätsbeamter vorsteht, woselbst Struma sehr verbreitet ist, fand, dass damit behaftete Frauen ganz enorm zu Blutungen nach der Geburt neigen und ihre Menstrualperioden meist von bedeutenden Hämorrhagieen begleitet sind. Von 90 Frauen, welche geboren hatten, waren 31, welche nach jeder Geburt starke Blutverluste hatten, selbst bei der grössten Aufmerksamkeit. Eine Beobachtung, welche überhaupt in diesem Distrikte von den Aerzten gemacht wurde, ist die, dass die Nachgeburtsperiode hier mehr als anderswo Sorgfalt und Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt. (The Brit. med. Journ. 1878 Nr. 913.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 35. *Erlangen*, am 31. August 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von 1 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Beweis unvollständiger Sehnervenkreuzung. Fall von sekundärer Degeneration der Optikusfasern nach Enukleation des rechten Bulbus. Zur Lehre von der Brucheinklemmung. Diphtherie und Krup. Ueber Diphtherie. Verfahren, Arsen und Antimon von einander zu unterscheiden und andere Metalle zu finden. Inkarzeration der Epiglottis als mechanischer Faktor beim Kehlkopfkrampf der Kinder. Resultate aus Implantationsversuchen. Heilung einer grossen pulsirenden Struma. Zur Frage, ob ein wirkliches antagonistisches Verhältniss zwischen Strychnin und Alkohol existire. Ueber progressive Paralyse.

In einer direkten Mittheilung an das Centralblatt f. d. mediz. Wissenschaften Nr. 31 vom 1. August 1878 erbringt Dr. W. R. Gowers, Assist.-Prof. am University College zu London, den pathologischen Beweis einer unvollständigen Kreuzung der Sehnerven beim Menschen. Die Versuche von Nicati u. A. beweisen, dass bei einigen Thieren diese Kreuzung eine unvollständige ist. Aber für die neuerdings so viel bestrittene Semidekussation beim Menschen haben diese Versuche nur die Bedeutung, die sich von der Aehnlichkeit in der äusseren Gestalt zwischen dem Chiasma der Menschen und der Thiere ableiten lässt. Ein Beweis für die unvollständige Kreuzung der menschlichen Sehnerven lässt sich auf drei Wegen liefern, nämlich durch die Demonstration 1) dass die Fasern des einen Nervus opticus in beide Tractus optici gehen; 2) dass die Zerstörung eines Tractus opticus eine Hemiopie, symmetrisch in beiden Augen, verursacht; 3) dass eine solche Einrichtung die Regel, nicht die Ausnahme, ist. Gowers glaubt, dass dieser dreifache Beweis durch folgende Thatsachen geliefert wird: I. Die Fasern des einen Sehnerven gehen zu beiden Tractus optici. Er hat zwei Fälle von vollständiger Atrophie eines Sehnerven mikroskopisch untersucht. In beiden war der eine Sehnerve ganz normal. Die Tractus optici hatten ein normales Aussehen, nur war der dem atrophischen Nerven entgegengesetzte Traktus ein wenig kleiner als der andere. Die mikroskopische Beobachtung zeigte, dass in beiden Traktus ein wenig mehr Bindegewebe als normal vorhanden war, aber beide waren von normalen Nervenfasern zusammengesetzt. Die Verminderung der Zahl der Fasern des Traktus der entgegengesetzten Seite war im Verhältnisse zur Verkleinerung des Traktus. So gehen die normalen Fasern des einen Sehnerven und die atrophischen des anderen in beide Tractus optici. — II. Die Zerstörung eines Tractus opticus verursacht eine symmetrische Hemiopie. Dafür liefert der folgende Fall einen Beweis, welcher fast die Genauigkeit eines physiologischen Experimentes besitzt. Ein 40jähriger Mann hatte mehrere Monate an rechtsseitigem Kopfschmerze gelitten, als er in des Verfassers Beobachtung kam. Damals hatte er linksseitige Hemiopie, eine Erblindung der symmetrischen Hälfte der beiden Sehfelder, die in jedem sich bis zur Mittellinie erstreckte. Er hatte zwei epileptische Anfälle, aber keine Lähmung. Diese Symptome dauerten drei Monate, dann kam allmählig linksseitige Lähmung dazu bis zur vollständigen Hemiplegie. Die Hemiopie blieb unverändert und der Kranke starb sechs Monate, nachdem Verf. ihn zum ersten Male gesehen hatte. Bei der Sektion fand sich eine kleine Geschwulst im inneren und unteren Theile des rechten temporo-sphenoidalen Lappens, wo dieser über dem Crus cerebri liegt. Die Geschwulst hatte das Crus angegriffen und war durch den Tractus opticus gegangen, um das Crus zu erreichen. Der Rest des

Traktus, welcher vor der Geschwulst lag, war grau und bis auf das Chiasma atrophirt. Der linke Traktus war normal. Die beiden Sehnerven hatten normales Aussehen. Das Chiasma war von der Geschwulst nicht betroffen. Aus den anatomischen Verhältnissen lässt sich schliessen, dass der pathologische Prozess den Traktus eher als das Crus ergriffen hat, wie die Hemiopie der Hemiplegie vorangegangen war. Sonach bringt die Zerstörung des einen Traktus doppelseitige Hemiopie hervor und die Fasern des einen Traktus gehen zu nahe gleichen Theilen zu beiden Nerven. — III. Dass dies die Regel und nicht die Ausnahme ist, folgt aus dem gleichmässigen Verhalten der Hemiopie und Hemiplegie, wie solches von vielen Beobachtern bereits festgestellt ist. Damit stimmt Gowers' eigene Erfahrung vollständig überein. Derselbe hat mehrere Fälle von Hemiplegie mit Hemiopie klinisch untersucht und in allen diesen — mehr als 20 — fanden sich die Hemiplegie und Hemiopie auf derselben Seite. Sonach muss eine unvollständige Kreuzung, d. h. annähernde Semidekussation der Sehnerven beim Menschen die Regel sein. — — Bei dem allgemeinen Interesse, welches die soeben bewiesene sogenannte Semidekussation der Optikusfasern in Anspruch nimmt, gestattet sich Dr. Paul Baumgarten, Privatdozent und Prosektor zu Königsberg i. Pr., an demselben Orte eine ganz kurze Mittheilung zu geben über den anatomischen Befund in einem Falle von sogenannter sekundärer Degeneration der Optikusfasern nach Enukleation des rechten Bulbus. Letztere war vor etwa 7 Jahren von Prof. v. Hippel vorgenommen worden. Bei der vom Verf. ausgeführten Sektion fand sich der rechte Optikusstamm total grau degenerirt. Während nun bei der Betrachtung in situ die Degeneration den hinteren Chiasmawinkel nicht zu erreichen schien, ergab die mikroskopische Dissektion des Präparates, dass sich die durch absoluten Markschwund evident gekennzeichnete Entartung mehrere Millimeter weit in beide Traktus hineinerstreckte; und zwar zeigten Querschnitte durch den rechten (gleichseitigen) Traktus einen schmalen marklosen Streifen längs der oberen Peripherie, sowie eine markarme Zone im oberen äusseren Quadranten, Querschnitte durch den linken (entgegengesetzten) Traktus dagegen einen marklosen Sektor im unteren inneren Quadranten. — Einen in gleicher Weise überzeugenden Fall, wie den eben skizzirten, demonstrirt zu sehen, war — soviel Baumgarten weiss — ein bisher unerfüllt gebliebenes Desiderat der Semidekussationstheorie. Zwar haben sich Schmidt-Rimpler und Manz auf Grundlage analoger Untersuchungen für ein Ergriffenwerden beider Traktus ausgesprochen; doch konnte damals ein sicherer anatomischer Beweis noch nicht geliefert werden, weil, wie die genannten Forscher selbst angeben, die mikroskopischen Untersuchungen noch nicht abgeschlossen waren. —

Einer Arbeit von Prof. Kocher, betreffend „die Lehre von der Brucheinklemmung", in der deutschen Zeitschr. f. Chirurg. VIII S. 331 ff., entnehmen wir Folgendes: I. Experimente an todten Därmen beziehen sich alle auf die Koth-, nicht auf die elastische Einklemmung. Die Haupt- und Vor-Bedingung einer solchen Einklemmung ist die Stenosirung des Darmes. Zu letzterer führen: 1) zirkuläre Konstriktion des Darmes meist im Bereiche der Bruchpforte; 2) Einkeilung eines Netzstückes; 3) Winkelstellung des Darmes, namentlich am abführenden Schenkel auf der abdominalen Seite der Bruchpforte und zwar durch Blähung des zuführenden Darmes; 4) Blähung des zuführenden Schenkels und 5) Drehung des Darmes. — Ist die Stenosirung des Darmes gegeben, so kann jeden Augenblick und zwar durch einen Dehnungsmechanismus die wirkliche Einklemmung erfolgen. Dieser Mechanismus besteht darin, dass der Darm im Bereiche des Bruchringes plötzlich stark angefüllt wird und seine Peristaltik verliert. Fortschreitende Anhäufung von Darminhalt führt zu stetig zunehmender Ausweitung des Darmes und so lange zur Einzwängung von immer neuer Darmschleimhaut in die Stenose, dass schliesslich deren völliger Verschluss erfolgt. Ein solches Verhältniss zu zeigen, wird ein Dünndarmstück über Katheter Nr. 12 ligirt und nach Entfernung des Instrumentes mit Wasser gefüllt. Dieses geht durch die Stenose hindurch. Schiebt man jetzt aber gegen dieselbe einen Glastrichter vor, dehnt man also den Darm, ohne den Druck in seinem Inneren zu erhöhen, so hört plötzlich der Abfluss des Wassers auf. Dabei sieht man, dass der oberhalb der Stenose gebildete Darmtrichter flacher und dass aus dem Bruchringe Schleimhaut nach Aufwärts verzogen wird. Die physikalische Erklärung dieses Versuches siehe

im Originale. — II. Experimente am lebenden Kaninchen wurden so ausgeführt, dass 1) eine Darmschlinge nur durch ein engeres Loch gezogen, dass 2) die Einklemmung nach Lossen's Methode eingeleitet oder dass 3) daneben noch der zuführende Schenkel unterbunden wurde. Auf Grund dieser Versuche wird folgende Darstellung über den Mechanismus der Einklemmung gegeben: Erster Grad (Kothstauung). Bei einem für gewöhnlich durchgängigen Bruche kommt es in Folge Einführung blähender Substanzen zu so starken Dehnungen der Darmschlinge, dass durch den abführenden Schenkel kein genügend rascher Abfluss stattfinden kann. Je länger die Dehnung aber bleibt und je stärker sie wird, desto mehr leidet die Kontraktionsfähigkeit der Schlinge selber, und damit fällt ein Hauptfaktor für die Beförderung ihres Inhalts. Mit beginnender Lähmung der Peristaltik beginnt die Einklemmung. Doch kann in diesen Fällen die Kommunikation der Schlinge mit dem oberen Darmtheile eine offene bleiben und der Inhalt der Schlinge ist demgemäss auch zu jeder Zeit nach oben entleerbar. — Zweiter Grad. Bei grösserer Schwierigkeit des Eintrittes des Darminhalts in die Schlinge (z. B. bei enger Pforte) wird die Dehnung vor der Bruchpforte hochgradiger als in der Schlinge; es tritt demgemäss die Kothstauung vor der Bruchpforte ein und der Darmverschluss am zuführenden Schenkel. Hier kann trotz tödtlichen Verlaufes die Schlinge leer und wenig gespannt sein und es pflegt auch die interviscerale Spannung im Darme oberhalb der Pforte niemals ein Hinderniss für die Reposition des Inhaltes der Darmschlinge abzugeben. — Dritter Grad. Das Hinderniss am Niveau der Bruchpforte ist noch grösser und es tritt nach einmaliger Blähung der Schlinge durch künstlich erhöhten Druck von oben her gar nichts mehr in dieselbe ein. Am zuführenden Schenkel kommt es also gleichsam primär zu vollkommenem Abschlusse. Den 2. und 3. Grad benennt Kocher Kotheinklemmung und charakterisirt sie dadurch, dass die Passage für den Koth unterbrochen, diejenige für das Blut dagegen, im Gegensatze zur elastischen Einklemmung, noch frei ist. — Vierter Grad. Nicht allein die Cirkulation des Darminhaltes, sondern auch die des Blutes in der Schlinge ist vollkommen behindert. — III. Beobachtungen am Menschen. Fälle von Brucheinklemmung mit spontanem Ablaufe und mit Ausgang in Gangrän und Tod. Die letztere Kategorie ermöglicht sehr bestimmte Rückschlüsse. Zunächst war die Gangrän überwiegend eine umschriebene und sass gegenüber dem Mesenterium am konvexen Theile der Darmschlinge. Hieraus folgt, dass von einer vollständigen Unterbrechung der Cirkulation in der vorliegenden Schlinge trotz ihrer hochgradigen Einklemmung nicht die Rede sein kann. Desshalb muss auch nothwendigerweise der Druck im Bereiche des einklemmenden Ringes niedriger als der in den zuführenden Arterien gesetzt werden. Die Gangrän lokalisirt sich da, wo die Dehnung des Darmes am intensivsten ist. Im Weiteren war meist der zuführende Schenkel der verschlossene, die Darmschlinge selbst leer und im Gegensatze zu ihr der zuführende Schenkel oberhalb der Pforte sehr gedehnt, so dass an ihm Gangrän oder Perforation mit Austritt des Kothes in die Bauchhöhle nachweisbar war. Nach Eröffnung der Schlinge konnte der abführende Schenkel relativ leicht, der zuführende schwer oder gar nicht eröffnet werden. Demnach ist in Fällen schwerer Einklemmung, welche den typischen Verlauf bis zur Gangrän durchmachen, der vorliegende Darm bereits am zuführenden Schenkel von der Kommunikation mit den Därmen des Bauchraumes abgeschlossen. — Hernien, bei welchen der innere Bruchschnitt nöthig war, zeigten sich ebenfalls allemal am zuführenden Schenkel verschlossen. Dabei herrschte in der freigelegten Schlinge niemals eine sehr hohe Spannung, gleichgiltig, ob der einschnürende Ring ein sehr enger war, oder ob zwischen ihm und Darm die Fingerspitze eingeschoben werden konnte. — Hernien, welche mit äusserem Bruchschnitte oder mit Taxis behandelt wurden. Kocher verwendet als die rationellste Taxis die Kompressionstaxis, sucht die physikalischen Gründe zu ermitteln, warum unter ihr der Bruch einmal allmählig, das andere Mal plötzlich und mit einem Ruck zurücktritt, und macht darauf aufmerksam, wie wenig vereinbar mit Lossen's Theorie es ist, dass man oft nach einem kleinen Einschnitte in die Pforte die Darmschlinge reponiren kann, während unmittelbar vorher selbst bei freigelegter Schlinge die Taxis nicht gelingen wollte. Wäre es ein kolossaler intravisceraler Druck, welcher bei offener Darmkommunikation die Irreponibilität des Bruches bedingte, so könnte die geringe Pfortenerweiterung diesen auffallenden Effekt nicht haben. — Die Statistik bezieht sich auf 50 eingeklemmte Darm-

Hernien Kocher'scher Beobachtung und auf 25 Lücke'sche Fälle. — Herniae Littricae incarceratae müssen zunächst durch entzündliche Veränderungen in der Bruchpforte fixirt sein. Ihre Einklemmung kann dann auf dreierlei Weise erfolgen: entweder wurde durch verstärkten abdominalen Druck ein grosses Stück der Darmwand herausgepresst und so ein Missverhältniss zwischen Pforte und Inhalt geschaffen; oder der vorliegende Theil füllte sich stark und zog einen weiteren Theil der Darmwand mit dem Erfolge nach, dass die Kommunikation zwischen Bruchtasche und übrigem Darmrohr im Niveau der Pforte aufgefunden wurde; oder es füllte sich endlich das ausgestülpte Stück prall und wurde durch Druck von Innen im Bereiche der Pforte an deren Ränder so energisch angedrückt, dass trotz offenbleibender Kommunikation eine Cirkulationsstörung bis zur Gangrän eintrat. — Herniae obturatoriae incarceratae. Zwei eigene Beobachtungen des Verfassers, deren eine dadurch interessant ist, dass man Einklemmungserscheinungen beliebig hervorrufen konnte, sowie man die Schlinge längere Zeit im Bruchsacke liegen liess. — Herniae omentales incarceratae. Die Einklemmung ist hier jedes Mal eine elastische, bedingt durch ein Missverhältniss zwischen Pforte und Inhalt. Nach Hebung desselben pflegt der Bruchinhalt irreponibel zu bleiben und das Tragen eines Bruchbandes unmöglich zu machen, falls man sich nicht zur Exzision des fixirten Netzstückes entschliesst. — IV. Kritik der Experimente; Beobachtungen und Schlussfolgerungen für die Therapie. In diesem letzten Abschnitte erörtert Kocher das Wesen und die Häufigkeit der elastischen Einklemmung gegenüber der Kotheinklemmung und der Kothstauung, zeigt noch einmal die Vortheile der Kompressionstaxis, empfiehlt, dieselbe in schweren Fällen entweder durch Zug an der Hernie vom Mastdarme her oder durch Lageveränderung der gesammten Bauch-Eingeweide zu unterstützen, und verbreitet sich endlich noch einmal über das Wesen seiner theoretischen Betrachtungen und die Unterschiede, welche zwischen denselben und den Anschauungen Lossen's, Roser's, Busch's u. A. bestehen. —

Die eben erschienenen „Mittheilungen aus dem pathologischen Institute zu München", herausgegeben von Prof. Dr. v. Buhl, bringen eine Arbeit über Diphtherie und Krup von Dr. Ernst Schweninger. Derselbe verwendete zu seinen Untersuchungen reine Fälle von Diphtherie, und zwar nur solche, bei welchen der Tod und die darauffolgende Sektion den Beobachtungen während des Lebens den Stempel der Sicherheit über die Diagnose aufdrückte. Wir entnehmen diesen Untersuchungen Folgendes: Die lokalen anatomischen Befunde, die bei der Diphtherie sich finden, bieten wesentliche Verschiedenheiten dar. Nicht nur die im Rachen beobachteten Veränderungen zeigen makro- und mikroskopische Unterschiede von einander, die von mannigfachen Verhältnissen abhängen mögen und gewiss für die Diphtherie verschiedenwerthig sind; auch im Kehlkopfe und der Luftröhre sind die zu beobachtenden Befunde nicht immer dieselben. — Es ist in erster Linie die Bildung von dünnen Häutchen, die nur aus Epitelien und Mikrokokken bestehen und immer im Rachen, seltener im Kehlkopfeingange, ausnahmeweise auch im unteren Theile des Kehlkopfes und in der Luftröhre, sich finden; ferner die aus einem glänzenden Netzwerke und anderen Schichten bestehende Bildung, welche unter dem Epitel sich vorfindet und in dieser Form häufig im Rachen, ganz selten im Kehlkopfe und der Luftröhre zu Stande kommt. Sie wird in günstig verlaufenden Fällen durch eine aus Eiter oder aus einer von Eiter und Faserstoff gebildeten Membran abgehoben; verläuft der Prozess rascher und schlimmer, so kommt es zu ausgedehnteren Blutungen und gangränösen Prozessen, die jedoch fast ausschliesslich nur im Rachen vorkommen; endlich ist die Faserstoffmembran zu erwähnen, die über dem Epitel gelagert so häufig die Luftwege auskleidet, im Rachen aber nur unter denselben oder doch wenigstens über der epitelentblössten Schleimhaut getroffen wird; also nicht ein bestimmtes, grob anatomisches Verhalten, nicht die Ein- und Auflagerung, nicht das festere oder lockerere Aufsitzen der Membran, nicht das Exsudat oder Infiltrat kann so kurzweg zur Bezeichnung der lokal anatomischen Veränderungen bei der Diphtherie herbeigeholt werden — alle zusammen geben erst das Gesammtbild der lokal anatomischen Veränderungen bei der Diphtherie. — Was indessen bei aller Mannigfaltigkeit am konstantesten in die Erscheinung tritt, das ist der Vorgang in der Schleimhaut selbst — eine Infiltration mit Rundzellen und häufig auch mit Faserstoff neben kapillären Blut-

ungen in verschiedener Ausdehnung. — Die Formen, unter welchen die Kehlkopf- und Luftröhren-Affektion bei Diphtherie eintrifft, sind verschieden; am häufigsten ist die pseudomembranöse Ausschwitzung, die Membranen bestehen aus Fibrin und Eiterkörperchen, das Epitel ist in der Regel grösstentheils vorhanden, das Gewebe unter den Epitelzellen ist mit kleinen, runden Gebilden, die in Allem mit den Lymphkörperchen oder exsudirten weissen Blutzellen gleiche Beschaffenheit zeigen, infiltrirt; es können jedoch auch im Kehlkopfe wie im Pharynx das Epitel und die unterliegende Schleimhaut verändert und zerstört werden, und zwar kommt diese Veränderung der Schleimhaut und des Epitels für sich allein vor oder aber auf das schollig veränderte Epitel setzt sich eine Faserstoffeitermembran ab. — Diese einzelnen lokalen Vorgänge stellen jedoch nicht etwas für die Diphtherie ausschliesslich geltendes Charakteristisches dar; vor Allem hält Verfasser, gestützt auf Beobachtungen an Menschen und Thieren, auf fremde wie auf eigene Versuche, an der Ansicht fest, dass es eine gewisse von der Diphtherie unabhängige Lokalerkrankung der Luftwege mit Bildung einer aus Faserstoff und lymphoiden Körperchen bestehenden Pseudomembran gebe; aber auch die anderen lokalen Veränderungen im Nasen-Rachen-Raume werden auch bei anderen Prozessen wie bei der Diphtherie gefunden, so dass es unstatthaft erscheint, die bei der Diphtherie gefundenen anatomischen und histologischen Veränderungen als ihr allein zukommende spezifische zu bezeichnen. — Das durchgreifendste Moment für die Trennung der Diphtherie von anderen ähnlichen Prozessen liegt in der Ursache, wenn dieselbe eine eigenartige, spezifische ist. Diese Ursache scheint dem Verfasser auch jetzt noch unbekannt und er kann sowohl nach seinen Untersuchungen als auch nach seinen Versuchen an Thieren die Annahme vieler neuerer Forscher, dass die bei der Diphtherie gefundenen Mikrokokken die Ursache dieser Krankheit darstellen, keineswegs für bewiesen erachten und stützt diese seine Anschauung auf folgende Thatsachen: 1) Die Mikrokokken liegen bei der Diphtherie in den weitaus meisten Fällen nur im Epitelstratum des Rachens und werden selbst bei sehr vielen Leichen nirgends anders gefunden. 2) Nur bei älteren Leichen, oder wenn ein rascherer Zerfall und Fäulniss der abgestossenen Gewebspartieen auftritt, finden sie sich auch in diesem und können von da aus Hand in Hand mit der meist gleichzeitig auftretenden septischen oder pyämischen Infektion in den nächstgelegenen Gefässen und Lymphdrüsen, sowie im übrigen Körper, namentlich in den Nieren, getroffen werden. Diese Erkrankung ist aber nur eine mögliche Folgeerscheinung der Diphtherie und hat mit ihr als solcher nichts zu thun. 3) Die aus dem Rachen oder der Trachea auf andere Thiere übertragenen oder geimpften Massen erzeugen nie den gesammten Komplex der Diphtherie-Erscheinungen, speziell niemals die anatomischen Veränderungen in Rachen und Luftwegen, die bei der Diphtherie primär und regelmässig beobachtet werden. 4) Die bei der letzteren gefundenen Mikrokokken unterscheiden sich weder morphologisch noch chemisch von den normal im Rachen vorkommenden, ebensowenig von den in Verschorfungen oder bei der Fäulniss vorhandenen Gebilden. 5) Impfversuche mit den letzteren liefern dieselben aber ebenfalls nicht spezifischen Prozesse wie die mit Diphtheriematerial angestellten. 6) Dieselben Resultate, welche durch Impfungen mit Pilzmaterial erzeugt werden, können unter Umständen auch bei Anwendung von möglichst pilzfreiem Materiale erzielt werden. —

Den Bericht über 228 in der Sektion St. Pölten-Lilienfeld des Vereines der Aerzte in Niederösterreich während der Jahre 1876 bis 1878 beobachtete Diphtheritis-Fälle schliesst Dr. Anton Diegelmann zu St. Pölten mit folgenden Sätzen: 1) Die Diphtherie ist eine durch einen spezifischen Krankheitsstoff erzeugte kontagiöse Erkrankung. 2) Sie ist vorwiegend eine Krankheit des Kindesalters. 3) Sie tritt oft milde, meist aber mit gefährlichen Zufällen — Krup, Lähmung, Septihämie — auf. 4) Sie ist in seteneren Fällen eine primäre selbstständige Erkrankung und hat dann häufig Lähmungserscheinungen im Gefolge, häufiger aber noch gesellt sie sich als Begleiterin zum Scharlach und dann sind die Erscheinungen und Folgezustände des Scharlachs die vorherrschenden. 5) In den Herbst- und Winter-Monaten tritt sie häufiger auf als im Frühling und Sommer. 6) Die meisten Rekonvalescenzen treten in der 2.—3. Woche ein, die meisten Todesfälle dagegen in der ersten Woche. 7) Der häufigste Sitz des diphtherischen Exsudates sind die Tonsillen, der gefährlichste jedoch ist die Schleimhaut der Luftwege. 8) Die wich-

tigste therapeutische Massregel ist die prophylaktische Absonderung der Kranken von den Gesunden. 9) Die Scharlach-Diphtherie ist in allen Fällen, sowie der einfache Scharlach, eine allgemeine Bluterkrankung, kann also niemals als eine rein örtliche Krankheit betrachtet werden. 10) Die Scharlach-Diphtherie ist eigentlich nicht so sehr als Diphtherie, sondern vielmehr als eine Modifikation des Scharlachs zu betrachten. Verlauf und Ausgang derselben ist im Wesentlichen wie beim Scharlach überhaupt. 11) Das Charakteristische am Scharlach ist nicht der Ausschlag, sondern die Blutentmischung und deren Folgezustände, und jeder Diphtheriefall, welcher zwar ohne Scharlach-Exanthem, aber unter den Erscheinungen der gewöhnlichen Folgezustände des Scharlachs und der Septihämie auftritt, muss als latenter oder verlarvter Scharlach angesehen werden. 12) Die reine Diphtherie ohne Scharlach ist zwar auch oft — wie es der Scharlach stets ist — eine Bluterkrankung, führt aber nicht, oder wenigstens nicht immer, zur Blutentmischung wie der Scharlach, sondern vorwiegend zur Nervenlähmung, und kann auch mitunter als rein lokale Erkrankung betrachtet werden. — An diese voranstehenden positiven Ergebnisse knüpft der Verfasser noch einige offene Fragen in Betreff der Diphtheriekrankheit, deren Beantwortung ferneren Beobachtungen und Forschungen überlassen bleibt: 1) Aus welchen Miasmen entwickelt sich der diphtherische Krankheitsstoff? 2) Warum entsteht zu derselben Zeit, an demselben Orte, ja in derselben Familie bei der einen Person Scharlach-Diphtherie, bei der anderen reine Diphtherie ohne Scharlach, und bei einer dritten vielleicht reiner Scharlach ohne Diphtherie? 3) Warum disponirt das Kindesalter zur Diphtherie mehr als das reifere Alter? — und warum Herbst und Winter mehr als Frühling und Sommer? 4) Warum gesellt sich die Diphtherie zum Scharlach in dem einen Falle gleich am Anfange des Scharlachs und in einem anderen erst nach abgelaufenem Scharlach? 5) Entsteht die Diphtherielähmung stets nur durch Blutvergiftung oder kann die Lähmung des Gaumensegels und der Respiration auch durch die örtliche Wirkung des diphtherischen Exsudates auf die betreffenden benachbarten Nerven erfolgen? 6) Ist die in Folge der Blutvergiftung entstandene Lähmung der Gliedmassen eine centrale oder peripherische? (Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Nieder-Oesterreich, 1878, Nr. 14.)

Nach **Mayençon und Bergeret** kann man **Arsen und Antimon** leicht dadurch unterscheiden, dass man die Gase des **Marsh'schen** Apparates auf mit Quecksilberchlorid imprägnirtes Papier wirken lässt; ersteres färbt gelb, letzteres braun. Phosphorwasserstoff färbt auch gelb, doch ist dieser Fleck beständig, der durch Arsen erzeugte aber flüchtig sein. — Um andere Metalle zu finden, lösen die genannten Verfasser die betreffenden Substanzen in einer heissen Mineralsäure oder Königswasser und bringen in die klare, saure oder alkalisch gemachte Lösung ein **Volta'sches** Element, bestehend aus einem Platindraht, der mit einem solchen von Eisen, Zink oder Aluminium verbunden ist. Nach kürzerer oder längerer Frist nimmt man die Drähte heraus, spült sie mit destillirtem Wasser ab und setzt den Platindraht Chlordämpfen aus, wodurch das anhängende fremde Metall chlorirt wird. Fährt man nun mit diesem Drahte über ein Papier, welches mit der Lösung eines empfindlichen Reagens für das gesuchte Metall (z. B. Jodkalium für Quecksilber) getränkt ist, so kann man an der eintretenden Färbung leicht ersehen, ob in der That das gesuchte Metall anwesend ist oder nicht. Die Verfasser wenden diese Methode an zur Entdeckung folgender Metalle: Quecksilber, Gold, Silber, Palladium, Kupfer, Uran, Blei, Zinn, Wismuth, Eisen, Antimon, Cadmium, Mangan, Kobalt, Nickel und Zink. Bei Anwesenheit von Quecksilber gibt der mit Chlor behandelte Platindraht auf mit Jodkaliumlösung getränktem Papier einen ziegelrothen Strich (Quecksilberjodid), bei Kupfer mit gelbem Blutlaugensalz einen braunrothen Strich (Ferrocyankupfer), bei Blei (aus alkalischer Lösung mittelst eines Elementes aus Platin- und Aluminium-Draht niedergeschlagen) mit Jodkalium einen citronengelben Strich (Jodblei). Das Reagenspapier muss natürlich ungeleimt sein, am besten natürliches Filtrirpapier. (Journ. de l'Anatomie et de la Physiologie, *XIII.*)

The Canada Journal of med. science, 187[illegible] Mai, veröffentlicht klinische Bemerkungen **über Inkarzeration der Epiglottis als ein wenig bekannter Faktor im Mechanismus der Erstickung** in fatalen Fällen **von Spasmus des Larynx** (*Laryngismus stridulus*) **bei Kindern.** Ihr Verf. **J. Solis Cohen,** beabsichtigt durch diese Mittheilung die Aufmerksamkeit der Collegen auf einen mechanischen Faktor bei dem Kehl-

pfkrampfe der Kinder zu lenken; in zwei
n ihm beobachteten Fällen war der Tod
rch dieses Moment bedingt und ist Verf.
r Meinung, dass dasselbe auch in anderen
llen den Tod verursacht habe. Im Sommer
67 behandelte er einen skrophulösen Knaben
3. Lebensjahre an einem sehr lange dauern-
n Laryngismus stridulus; die suffokativen
fälle waren nach der Beschreibung der
tter sehr intensiv. Eines Tages trat ein
ftiger Anfall in seiner Gegenwart auf; er
goss Gesicht und Hals des Knaben mit
ltem Wasser und liess Ammoniak riechen;
jedoch der Anfall nicht aufhörte, führte
seinen Finger tief in den Kehlkopf des
anken hinunter und fühlte den Kehldeckel
rch die krampfhafte Thätigkeit der ary-
iglottischen Muskeln so stark nach Ab-
irts gezogen, dass sein freies Ende zwischen
r hinteren Fläche des Kehlkopfes und der
arynxwand eingekeilt war, ersteren voll-
ndig verschliessend. Er konnte nun den
hldeckel mit Leichtigkeit mit dem zur
ken Seite des Kehlkopfes geführten Finger
s seiner eingeklemmten Stellung befreien,
orauf die drohende Asphyxie sofort ver-
hwand. Das betreffende Kind starb jedoch
ch zwei Wochen während eines derartigen
nfalles. — Der zweite Fall betraf einen
) Monate alten Knaben, den Verf. im Früh-
hre 1877 beobachtete. — Er ist der Mein-
g, dass der Krampf beim Spasmus glottidis
manchen Fällen wenigstens die aryepiglot-
schen Muskeln ebenso befällt wie diejenigen,
elche die Stimmritze verschliessen, und
nn die Einklemmung des Kehldeckels,
elche nach dem Aufhören des Krampfes
rtdauert, die unmittelbare Todesursache
erden kann. In unzweifelhaften Fällen die-
r Art ist die Tracheotomie absolut indizirt,
n in einem wiederkehrenden Anfalle die
sphyxie zu verhüten. —

Dr. Zahn machte zuerst Versuche mit
er Implantation von hyalinem Knorpel
wachsener Thiere in den Organismus eines
nderen. Als Implantationsorte benützte er
ierbei das subkutane Bindegewebe, die vor-
ere Augenkammer, die Glandula submaxil-
ris, die Nieren, die Hoden oder die Blut-
efässe. Diese Versuche ergaben jedoch
egative Resultate; die Zellen gingen zu
runde, die Intercellularsubstanz blieb be-
ehen, das Ganze wurde einfach von Binde-
ewebe abgekapselt. — Um so auffallender
nd interessanter war das Verhalten desselben
Gewebes, des hyalinen Knorpels, wenn der-
selbe einem fötalen Knorpel entnommen
war. Solcher fötaler Knorpel zeigt eine aus-
serordentliche Fähigkeit, sich in einem frem-
den (ausgebildeten) Organismus weiter zu
entwickeln. Wie weit diese Fähigkeit geht,
ersieht man daraus, dass selbst minimale
Mengen mit Amniosflüssigkeit verriebener
Knorpelmasse genügten, um nach 50 Tagen
einen erbsengrossen Knorpelknoten zu er-
zeugen. Auch durch Einspritzungen in die
Vena jugularis konnte er multiple Knorpel-
Inseln in der Lunge zu Stande bringen.
Diese Fähigkeit, in einem fremden
Organismus fortzuleben, geht soweit,
dass auch nicht einmal dieselbe Species eines
Thieres hiefür nothwendig ist. Von einem
Katzen-Fötus entnommene Knorpelmassen
wucherten z. B. in Kaninchen weiter. — Im
Gegensatze zu dem Verhalten des normalen
Knorpels und für die ganze Geschwulstlehre
sehr wichtig waren nun ferner die allerdings
nur theilweise positiven Ergebnisse, welche
Dr. Zahn mit Uebertragung von Enchondrom-
Partikeln vom Menschen auf Thiere (Kanin-
chen) erhielt. Verf. dehnte seine Versuche
mit demselben positiven Erfolge auch auf an-
dere fötale Gewebe, z. B. Knochen, aus, bei
denen sogar die Blutgefässe des aufnehmen-
den Organismus in die implantirten Theile
hineinwachsen und dieselben ernähren. Man
kann so ganze Knochen überpflanzen, welche
nicht nur weiter wachsen, sondern auch im
Allgemeinen ihren entsprechenden Form-Typus
dabei bewahren; nur kommen geschwulstähn-
liche Auswüchse aus Epiphysen und Diaphy-
sen zur Entwicklung (Enchondrome und Exo-
stosen). — Aus seinen eigenen und den
früheren Versuchen anderer Autoren zieht
Dr. Zahn nun den Schluss, dass nur fötale
Gewebe und von Erwachsenen solche, die
noch gewissermassen fötale Eigen-
schaften beibehalten hatten, die Fähig-
keit besässen, sich in einem anderen Organis-
mus (oder an einem fremden Orte desselben
Körpers) weiter zu entwickeln. So ist nur
das rothe Knochenmark dafür geeignet
und nur das Periost jüngerer Individuen.
Auch die untersten Schichten des Hornhaut-
epitels gehören zu derselben Kategorie. Der
Grund hiefür ist wohl darin zu suchen, dass
eben nur solche Zellen die Fähigkeit besitzen,
nicht eher abzusterben, als bis sie sich in
eine Beziehung zu dem neuen Organismus
gesetzt haben. (Centralbl. f. d. med. Wissen-
schaften, 1878, 10. August.) —

Ein Mädchen von siebzehn Jahren hatte eine grosse pulsirende Struma, welche in der letzten Zeit rasch an Umfang zunahm und Athembeschwerden verursachte. Zwei subkutane Injektionen von Ergotin-Lösung (wie dieselbe von Langenbeck anwendet) hatte keine Aenderung zur Folge. Flashar injizirte dann den dritten Theil des Inhaltes einer Pravaz'schen Spritze in die Struma selbst und liess dann Eis auflegen. Es folgte eine Viertelstunde nach geschehener Injektion (welche links vorgenommen worden war) linkseitiger klopfender Kopfschmerz und starke Röthung der linken Wange wie des linken Ohres. Diese Erscheinungen dauerten etwa zwei Tage und hatte nach dieser Zeit der Halsumfang um zwei Centimenter abgenommen. Nach acht Tagen wurde eine zweite und zehn Tage darauf eine dritte Injektion in gleicher Weise und mit den gleichen Folgen ausgeführt. Nach der dritten Einspritzung schwand die Struma vollständig, die Pulsation hörte ganz auf und der Exophthalmus, der vorhanden gewesen war, schwand gleichfalls ebenso wie alle Beschwerden, welche die Struma verursacht hatte. Flashar hatte Gelegenheit, die Patientin noch durch Jahre zu beobachten und sich zu überzeugen, dass die Heilung eine bleibende war. (Allgem. mediz. Centralzeitung, 1878, 11).

Die Fälle von Behandlung der Strychnin-Vergiftung mit Alkohol und von Strychnin-Genuss im Alkohol-Rausche lassen die Frage, ob ein wirkliches antagonistisches Verhältniss zwischen den beiden Giften existire, mindestens unentschieden. C. Stachini führte deshalb im Laboratorium des Prof. Vulpian eine Reihe von experimentellen Untersuchungen an Fröschen, Meerschweinchen und Hunden aus und kam zu den folgenden Ergebnissen: Der Alkohol scheint sich dem Strychnin gegenüber nicht wie ein wirkliches Gegengift zu verhalten; doch mässigt er, wenn er vor sonst tödtlich scheinenden Strychnindosen gegeben wird, entschieden die Krämpfe und kann den Tod, der unter gewöhnlichen Bedingungen nach den ersten Anfällen eintritt, verhindern. Gibt man beträchtliche Strychnindosen, so sterben die Thiere trotz grosser Gaben von Alkohol. Sehr gut wirkt die Einspritzung von verdünntem Alkohol in die Venen; sie kann, wenn die Strychningabe keine zu bedeutende, sofort tödtliche ist und wenn sie beim ersten Anfalle oder bereits vor demselben gemacht wird, die Krämpfe hintanhalten. Verf. befürwortet deshalb die vorsichtige Injektion verdünnten Alkohols in die Venen bei Strychninvergiftung als ein wirksameres und weniger gefährliches Mittel im Vergleiche zu den Chloralinjektionen. — Strychnin hat keinen Einfluss auf die Vergiftung mit tödtlichen Alkohol-Dosen, ja es scheint nicht einmal den Alkoholrausch zu beeinflussen. — Ausserdem konstatirte Stachini, dass bei dem alkoholisirten Thiere, wie bei dem chloralisirten, die Blutdrucksteigerung während der Strychninkrämpfe ausbleibt (Arch. de Physiologie norm. etc. 1877, 3–5.

Die Frage der Heilung der progressiven Paralyse bespricht in einem Vortrage Dr. Gauster. Die Intermissionen bei diesem Leiden, welche in einzelnen Fällen durch mehrere Monate bis zu einem Jahre andauern und dabei so vollständig sein können, dass das betreffende Individuum für einen Gesunden imponirt, machen eine Vorhersage schwer. In jüngster Zeit sind selbst Fälle bekannt geworden, in welchen eine fast absolut letale Prognose gestellt war und dennoch definitive Heilung eintrat. Die Forschungen des Vortragenden nach Anhaltspunkten in der Verlaufsweise dieser Krankheit, welche für eine Vorherbestimmung benutzt werden können, ergaben, dass weder das Auftreten beziehungsweise Nichtauftreten paralytischer Anfälle noch die etwa vorhandenen Temperaturunterschiede am Morgen und Abend, noch die Ursachen (Alkoholismus, Syphilis), noch gewisse Prodromalerscheinungen dieselben irgendwie modifiziren. Man kann nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Prognose relativ günstig stellen, wenn lange andauernde Intermissionen eintreten, bei welchen die Ernährung des Kranken sich bessert, und dies auch nur dann, wenn vor der Invasion der Paralyse nicht schon ein anderes länger dauerndes Kranksein des Nervensystemes bestanden hat. So lange nicht die allerschwersten Lähmungserscheinungen und der tiefste Blödsinn durch längere Zeit angedauert haben, darf auf Besserung noch gehofft werden. (Allg. Wien. med. Zeitg., 1878, p. 53.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

No. 36. *Erlangen*, am 7. September 1878.

öchentlich
Bogen von
Quartseiten.
is jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

alt. Ueber den Puls der Wöchnerinnen. Resultate aus Boden-Untersuchungen. Ueber Wunddiphtheritis und ihr Verhältniss zur Diphtheritis der Schleimhaut. Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Heftpflasterstreifen. Neues Warzenhütchen. Anästhesie als Folge krankhafter Veränderung des Mittelhirnes. Ueber akute fibrinöse Pneumonie.

Eine von Dr. H. Meyburg zu Dresden
n Archive für Gynäkologie XII 1 S. 114 ff.
eröffentlichte Arbeit über den Puls der
Wöchnerinnen bezieht sich besonders auf
ie Angaben, welche Dr. Blot bereits im
ahre 1863 über denselben Gegenstand mit-
etheilt hat und deren vorherige kurze Wie-
ergabe desshalb nothwendig erscheint. Wöch-
nerinnen zeigen nach Blot bei normal ver-
aufendem Wochenbette eine mehr oder we-
iger auffallende Verlangsamung des Pulses,
wahrscheinlich im Zusammenhange mit der
Entleerung der Gebärmutter. In den ersten
24 Stunden beginnt die Verlangsamung, steigt
allmählig an und verliert sich ebenso wieder.
Ob die Geburt lange dauerte, ob sie zu früh
eintrat oder durch Kunsthilfe beendet wurde,
ist nach Blot ohne Einfluss auf die Verlang-
samung, wohl aber tritt bei krankhaften Er-
scheinungen sofort eine Veränderung im Ver-
halten des Pulses ein. Diese Verlangsamung
der Pulsfrequenz ist verschieden und fand sie
Blot im Durchschnitte zwischen 44 und 60;
er beobachtete dieselbe öfter bei Mehrgebären-
den, dagegen fand er keinen Einfluss auf die
Ernährung der Wöchnerinnen. Endlich stellte
er noch die Behauptung auf, dass die Ver-
langsamung des Pulses nicht in Folge einer
nervösen Erschöpfung, sondern durch eine
vermehrte Spannung in den arteriellen Ge-
fässen zu Stande komme. — Meyburg's
neuere Beobachtungen, an 985 genau kontro-
lirten Wöchnerinnen ausgeführt, stimmen nun
in Betreff der Pulsfrequenz mit den Angaben
Blot's im Allgemeinen überein. Unter den
985 beobachteten Wöchnerinnen waren 535
Erstgebärende, von welchen 455 ein normales
Wochenbett durchmachten. Als niedrigste
Pulszahl der Wöchnerinnen ergab sich im
Durchschnitte 60; dabei fand eine Schwank-
ung zwischen 38 und 84 Statt. Die höchste
Durchschnittszahl war 92. Bei Erstgebären-
den war die Pulsfrequenz meist 68, bei Mehr-
gebärenden ist sie im Allgemeinen eine ge-
ringere. Auch bei kranken Mehrgebärenden
war die Häufigkeit des Pulses nicht so gross,
wie bei kranken Erstgebärenden. — In Be-
treff nun der Art des Beginnens und der Ab-
nahme der Puls-Verlangsamung wie des Zeit-
punktes, zu welchem dieselbe nach der Ent-
bindung eintritt, stimmt Meyburg mit Blot's
Beobachtungen nicht ganz überein. Nach
seinen Erfahrungen stellt sich die Pulsver-
langsamung gleich mit dem ersten Tage ein
und ist vom fünften bis neunten Tage am
ausgesprochensten. Auch bei Früh- oder
Fehl-Geburten oder bei künstlich zu Ende
geführter Geburt fand dasselbe Verhalten
Statt. Nach den Versuchen von Klemmer
ist die Ernährungsweise der Wöchnerinnen
(gegen Blot's Angaben) nicht ohne Einfluss
auf das Verhalten des Pulses. Der Puls ist
bei Eierkost noch höher als bei Fleischkost.
Ferner geht aus den Beobachtungen Mey-
burg's hervor, dass die Milchabsonderung
und das Säugen der Wöchnerinnen — ent-
gegen der Ansicht Schröder's — einen
wesentlichen Einfluss sowohl auf Puls als

auf Temperatur nicht ausübt. — Die Ursache dieser als physiologisch zu bezeichnenden Pulsverlangsamung der Wöchnerinnen ist nach Blot, wie bereits erwähnt, die arterielle Spannung, welche nach der Entbindung in Folge der Kompression vieler Blut-Gefässe eintritt, da nach Marey die Pulsfrequenz im umgekehrten Verhältnisse zur arteriellen Spannung steht. Gleicher Ansicht ist Hemey, dagegen nimmt Fritsch eine Abnahme der arteriellen Spannung bei Wöchnerinnen an. Einen wesentlichen Einfluss auf die Pulsverlangsamung schreibt er der lang andauernden horizontalen Lage des Körpers zu. Löhlein sucht die Ursache ebenfalls in der Körperlage, aber ausserdem noch in Innervations-Anomalieen. Andere wieder suchen die Ursache in Reizung des Vagus, welche bedingt sei durch einen durch die Involution der Gebärmutter herbeigeführten Reiz der Nerven dieses Organes. Die genauen von Meyburg an etwa hundert Wöchnerinnen vorgenommenen Untersuchungen des Radialpulses haben zweifellos ergeben, dass die Herzenergie bei Wöchnerinnen herabgesetzt, die Blutwelle daher kleiner und zu gleicher Zeit die Spannung der Arterien geringer ist. Das von ihm beschriebene und durch Kurven verdeutlichte charakteristische Pulsbild kömmt aber nur bei gesunden und fieberfreien Wöchnerinnen vor. Der Eintritt des Fieberpulses findet etwa bei einer Temperatur von 38.5° C. Statt. Die Frage, ob die Frequenz des Pulses auch bei Nichtvorhandensein von Fieber auf das Zustandekommen der erwähnten Pulsform von Einfluss ist, beantwortet Verf. bejahend. Die Kurven 11 und 14 auf Tafel IV sowie 23 und 27 auf Tafel VI geben hievon ein deutliches Bild; hier war die Pulsfrequenz 72—84. Vier weitere Kurven zeigen die Eigenthümlichkeit bei einer Frequenz von 84—120, in welchen Fällen ebenfalls kein Fieber vorhanden war. Diese Kurven bieten keine Aehnlichkeit mit den vorhergehenden dar und es muss die Behauptung aufgestellt werden, dass bei so hoher Frequenz die Eigenthümlichkeit des normalen Wochenbettpulses verschwindet. Was den Beginn des charakteristischen Pulses der Wöchnerinnen betrifft, so zeigt er sich im Grossen und Ganzen schon in den ersten 24 Stunden nach der Entbindung. Am 9. und 10. Tage geht er wieder in den normalen Puls über. Aus der Betrachtung aller Kurven geht also hervor, dass die Ansicht von Fritsch in Betreff der Verminderung des Blutdruckes im Wochenbette richtig ist. Die Annahme, dass die Verlangsamung des Pulses auch von einer Reizung des Vagus mit abhängig ist, will Verf. nicht ohne Weiteres von der Hand weisen, da die Involution des nervenreichen Uterus während des Wochenbettes wohl einigen Einfluss ausüben dürfte. Jedenfalls aber bedarf es noch mancher Beobachtungen und Versuche, ehe die Frage nach der Ursache der Pulsverlangsamung im Wochenbette vollkommen beantwortet werden kann. —

Auf der 50. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte sprach u. A. auch Prof. Rosenthal aus Erlangen über Boden-Untersuchungen und bemerkte zunächst, dass die einzige Wahrheit, welche die Gesundheitspflege bis jetzt sicher gestellt habe, die sei, dass ein Zusammenhang zwischen dem Boden und den Gesundheitsverhältnissen seiner Bewohner bestehe. „Ueber die Natur dieses Zusammenhanges seien wir jedoch noch nicht aufgeklärt. Um jedoch dieser Aufgabe näher zu kommen, hat man begonnen, die physikalischen und chemischen Vorgänge im Boden zu untersuchen. In diesem Sinne ist von Professor v. Pettenkofer die regelmässige Untersuchung der Grundluft, speziell auf ihren Gehalt an Kohlensäure, unternommen worden. Die bisherigen Untersuchungen haben indess noch nicht vermocht, irgend verwerthbare Ergebnisse zu liefern. Die Kohlensäurebildung im Boden ist als ein Symptom der Vorgänge dortselbst zu betrachten und es wird zunächst darauf ankommen, die Bedeutung dieses Symptomes genauer festzustellen". Der Vortragende hat eine grössere Reihe von Versuchen zu diesem Zwecke unternommen, welche, zwar noch nicht abgeschlossen, dennoch schon jetzt einige Folgerungen gestatten. Es wurden an zwei nahe gelegenen Stellen des Erlanger Schlossgartens vergleichende Beobachtungen angestellt. Die eine dieser Stellen befand sich in der Nähe einer Versitzgrube, in welche alle Abgänge des anatomischen Secirsaales hineingelangen — die andere Stelle liegt zehn Meter weiter davon. Letztere zeigte stets geringere Kohlensäure-Mengen, es konnte aber durch lebhafte Ventilation des Bodens der Kohlensäure-Gehalt an diesen Stellen sehr bedeutend erhöht werden, während die Ventilation der erstgenannten Stelle ohne merklichen Einfluss war. — Der Vortragende hat ferner Versuche mit künstlichem Boden an-

tellt, welcher mit gekochter und ungekochter Jauche imprägnirt und unter verschiedenen Bedingungen untersucht wurde. e Schlüsse, zu denen er hiebei gelangt ist, nen dahin, dass die Kohlensäure im Boden f Kosten des Sauerstoffes durch Oxydation ganischer Substanzen entsteht. Obgleich erall, selbst in sogen. reinem Boden, genug ganische Substanz vorhanden ist, um grösre Mengen von Kohlensäure zu bilden, gieht dies doch nur, wenn entweder durch hafte Ventilation der Oxydations-Vorgang hafter angeregt, oder wenn durch Hinzuten fäulnissfähiger organischer Massen diese ydation lebhafter wird. Ob zur Oxydation Anwesenheit von Organismen unumgängh nothwendig sei, hält Rosenthal für ch nicht sicher ausgemacht. — Zum Schlusse spricht der Vortragende den Werth der essungen der Bodenwärme und beschreibt ine Vorrichtung zur Bestimmung derselben. eran anschliessend theilt der Privatdocent r. J. Soyka aus Prag die vorläufigen Erbnisse seiner im hygienischen Laboratorium München angestellten Versuche mit, welche ch zur Aufgabe gemacht haben, die Zertzungen organischer Substanzen n Boden unter verschiedenen Bedingngen auf experimentellem Wege zu studiren. iese Versuche wurden sämmtlich nur mit ünstlichem Boden angestellt, der in langen nd ziemlich weiten Glasröhren aufbewahrt ar, was gegen die von Rosenthal und üher schon von Millon und Boussinault angewandten Kästen den Vortheil hat, ass man bei geringerer Masse eine grössere iefe erzielt. Es ergab sich nun, dass die ersetzungs-Vorgänge, die Raschheit des Abufes derselben, in hohem Grade abhängig aren von der Porosität des Bodens; in einem oden von geringer Porosität, in dem also eniger Luft auf die organischen Substanzen nwirken kann, gehen die Zersetzungs-Voringe weit langsamer vor sich, als in einem örösen. Diese Erfahrung führte aber auch lf den Gedanken, ob eine künstliche Zufuhr on Luft, also eine ausgibige Ventilation des odens, die Zersetzung nicht beschleunige. ie in dieser Richtung angestellten Versuche gaben positive Resultate und zwar wurde iebei nicht allein die sich entwickelnde ohlensäure-Menge als Maass für die vor ch gehenden Zersetzungs-Prozesse genomen. Es erscheint nämlich bei der Zersetzng stickstoffhaltiger organischer Stoffe noch n anderes Endprodukt der Oxydation, die Bildung von Salpetersäure, beziehungsweise von deren Salzen, die Nitrifikation. In dieser Beziehung zeigte sich nun, dass diese Art der Zersetzung im porösen Boden durch ausgibige Ventilation ganz wesentlich beschleunigt wird. Während in dem nicht künstlich ventilirten Boden die ersten Spuren der Salpetersäure sich erst nach mehr denn sechs Wochen auffinden liessen, gelang es bei ausgibiger Ventilation, dieselbe bereits im Laufe von zwei Wochen, ja sogar noch früher, nachzuweisen. — Es liessen sich aber noch wesentliche und für die Erklärung der Zersetzungs-Vorgänge sehr wichtige Unterschiede nachweisen, je nach der besonderen Behandlungsart des Bodens. Es wurden gleiche zwei Proben eines künstlichen Bodens gewählt, gewöhnlicher, ziemlich grober — erbsengrosser — Münchener Kies; die eine Probe hievon wurde nur so weit behandelt, dass die Sicherheit vorlag, sie enthalte keine salpetersauren Salze, die andere hingegen wurde vollständig ausgeglüht. Es zeigte sich nun, dass, während in der ersteren Boden-Probe die Zersetzungs-Vorgänge, Nitrifikation, ganz analog vor sich gingen, wie bereits angeführt wurde, die ausgeglühte Bodenprobe ganz andere Ergebnisse lieferte; hier wurde, auch bei sehr ausgibiger Ventilation, noch nach Ablauf von sieben Wochen keine Spur von Salpetersäure konstatirt, während in dem Parallelversuche mit ungeglühtem Boden bereits nach 1—2 Wochen Salpetersäure nachweisbar war. Dieses Ergebniss führt zu der Annahme, dass in den dem Kiese anhaftenden organischen Substanzen gewisse Bedingungen für die Nitrifikation zu suchen sind, und macht dies die Hypothese wahrscheinlich, dass wir es hier mit Fermenten, wohl geformten Fermenten zu thun haben, wie solches bereits A. Müller — allerdings ohne experimentelle Begründung — und neuestens Schlösing und Müntz auf Grundlage ihrer Versuche behaupten, welche letztere Chloroformdämpfe benützten, um die fermentirenden Organismen zu zerstören und hiedurch die Nitrifikation verhinderten. Dies würde auch erklären, warum in den Versuchen Rosenthal's nach vorhergegangenem Kochen der zu zersetzenden Flüssigkeiten keine Unterschiede aufgetreten, da eben die die Zersetzung einleitenden oder modifizirenden Körper (Organismen) im Boden selbst sich befinden. So erklärt sich auch, warum bei Anwendung reinen gepulverten Quarzes keine Nitrifikation eintrat, da hier eben die Reste humusartiger

Substanzen, in denen wir die Fermente zu suchen haben, fehlen. — Schliesslich ergeben sich noch weitere interessante Gesichtspunkte in dieser Frage, so der Zusammenhang zwischen Nitrifikation und einem gewissen Wechsel in der Durchfeuchtung, der aus den Experimenten und Beobachtungen Millon's und Boussingault's erhellt, welche immer nur in den Boden-Schichten die Nitrifikation auftraten sahen, welche auszutrocknen begannen. — Weiterhin gibt im Anschlusse an die Vorträge Rosenthal's und J. Sogka's Privatdozent Dr. G. Wolffhügel in München kurzen Bericht über eine Arbeit des Herrn Smolensky, gleichfalls aus dem hygienischen Institute Münchens, in welcher der Letztere die Frage in Angriff genommen hat, ob sich in der Grundluft von Leichenäckern der Kohlensäure-Gehalt je nach dem Alter der Gräber verschieden verhalte? Zuerst machte Smolensky eine Reihe von Vorversuchen zur Entscheidung der Frage, ob nicht an und für sich ein Boden von scheinbar der gleichen geognostischen Beschaffenheit und Verunreinigung grosse Unterschiede in seinem Kohlensäure-Gehalte der Grundluft darbiete, und in der That konnte der Genannte nachweisen, dass die Kohlensäure im Boden sich nach den Seiten durchaus nicht prompt vertheile, vielmehr dass Unterschiede von 1 zu 10 auf einem begränzten Terrain in einer Entfernung von 15 Metern vorkommen können. Ein auffallend niederer Kohlensäure-Gehalt wurde in der Nähe einer allerdings sehr gut gebauten neuen Abtrittgrube gefunden, dagegen in einem übermässig gedüngten Boden auf der Theresienwiese ein für Münchener Boden-Verhältnisse extremer Kohlensäure-Gehalt von 40—102 p. M. In der Grundluft des Münchner Friedhofes erhielt Smolensky Kohlensäure-Gehalte zwischen 42 und 52 p. M.; Unterschiede zwischen alten und neuen Gräbern liessen sich übrigens nicht nachweisen. — Aus den vorstehenden Beobachtungen geht im Allgemeinen eine Bestätigung der Annahme v. Pettenkofer's hervor, dass im Kohlensäure-Gehalte der Grundluft die Verunreinigung des Bodens zum Ausdrucke komme. (Allgemeine mediz. Centralzeitung, 1878, 17. August.) —

Ueber die Wunddiphtheritis bei Kindern und ihr Verhältniss zur Diphtheritis der Schleimhaut veröffentlicht Privatdocent Dr. A. v. Winiwarter zu Wien einige Beobachtungen in den „Wiener mediz. Blättern", 1878. Seitdem Heine in seiner schönen Abhandlung über den Spitalbrand die Identität der Nosocomialgangrän mit der Wund- und Schleimhaut-Diphtheritis verfochten hat, ist keine Arbeit erschienen, welche sich mit dieser Frage beschäftigt hätte. Gleichwohl ist die Sache noch nicht abgethan. Manche Chirurgen und zahlreiche interne Aerzte sind noch immer der Ansicht, dass die Wunddiphtheritis von der Schleimhautdiphtheritis gänzlich und wesentlich verschieden sei, indem erstere ein örtliches Leiden, letztere aber eine Allgemeinerkrankung darstelle. Auch die Identität von Spitalbrand und Wunddiphtheritis wird noch vielfach angefochten. Ein Hauptgrund dieser verschiedenen Ansichten liegt nach Heine darin, dass ein und derselbe Beobachter gewöhnlich nur eine Modifikation der Krankheit zu Gesichte bekommt, der interne Arzt die Schleimhaut, der Chirurg die Wunddiphtheritis, und eben deshalb auf Komplikationen beider weniger geachtet wird. v. Winiwarter hatte während der letzten $1^3/_4$ Jahre Gelegenheit gehabt, Diphtheritis-Erkrankungen in grosser Anzahl und in allen Graden zu beobachten, darunter auch zahlreiche Fälle von Wunddiphtheritis resp. von Spitalbrand, und zwar ebenfalls in den verschiedensten Stufen, und bemerkt, dass seine Erfahrungen durchaus die Ansicht Heine's bestätigen. Für ihn unterliegt es keinem Zweifel, dass Rachendiphtheritis durch Infektion Wunddiphtheritis und Spitalbrand als identische Wundkrankheiten erzeugen könne, ebenso wie das Umgekehrte statthaben kann, und er ist bemüht, einige Beweise für die Richtigkeit der Theorie Heine's nach den Beobachtungen der Diphtheritis an Kindern beizubringen. „Die Diphtheritiskranken sind im Kronprinz-Rudolphs-Kinderspitale zu Wien im zweiten Stockwerke, das sonst noch die Absonderungszimmer für Scharlach und Masern enthält, untergebracht. Im ersten Stockwerke liegen die nicht infektiösen internen und chirurgischen Kranken; eine gemeinschaftliche Stiege dient für beide Stockwerke zur Kommunikation unter einander und mit dem Aufnahmezimmer und der Küche. Es ist daher unvermeidlich, dass die in das Spital eintretenden diphtherisch kranken Kinder, ihre Angehörigen, wenn sie zum Besuche kommen, die Wärterinnen, wenn sie das Essen holen, endlich die behandelnden Aerzte einen Verkehr zwischen beiden Stockwerken unterhalten; ebenso ist es nicht zu

rhindern, dass diphtheritiskranke Kinder in
s gemeinsame Ambulatorium, welches zu
ener Erde abgehalten wird, gebracht wer-
n, um im Wartezimmer unter einer Menge
derer Patienten längere oder kürzere Zeit
verweilen. Da aus dem Ambulatorium
älle direkt zur Aufnahme kommen, so ist
möglich, dass eine Infektion, welche wäh-
nd der ambulatorischen Behandlung im
pitale stattgefunden hat, erst später, wenn
as Kind auf die Abtheilung wegen irgend
nes inneren oder äusserlichen Leidens ge-
racht worden ist, daselbst zum Ausbruche
ommt. Ausserdem kommen zuweilen ex-
uisite Hauterkrankungen durch Verschlepp-
ng des Kontagiums zur Beobachtung, und
war von Diphtheritis sowohl wie von Schar-
ach. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass
ür die chirurgischen Fälle die Möglichkeit
iner Infektion mit diphtheritischem Konta-
ium jederzeit gegeben ist, während eine im
Spital entstandene Epidemie (Nosocomialgan-
rän) bis jetzt niemals vorgekommen ist. Ich
in also berechtigt, die unter charakteristi-
chen Erscheinungen verlaufenden Entzünd-
ungsprozesse der Wunden und der Haut,
selbst wenn sie dem früher gebräuchlichen
Namen „Spitalbrand" entsprechen, als diph-
theritische Vorgänge anzusehen. Die Symp-
tome, welche mit grosser Uebereinstimmung
an infizirten epitellosen Hautstellen oder an
Wundflächen zu beobachten waren, sind fol-
gende: Zuerst tritt immer eine leichte An-
schwellung der Granulation auf, welche mit
einer Volums-Zunahme derselben verbunden
ist und wobei sich die Oberfläche mit einem
anfangs schleierähnlich-dünnen Belege über-
kleidet. Dieser Zustand ist im Beginne auf
einzelne umschriebene Stellen beschränkt und
breitet sich nicht immer sofort über die ganze
Fläche aus. Dabei ist die Wundfläche trockener,
röther, und das Sekret geringer geworden.
Der Beleg wird dicker, indem die Infiltration
der Granulationen gegen die Tiefe hin fort-
schreitet und dadurch, dass stellenweise die
obersten Schichten in Form grauer Fetzen
abgestossen werden, entstehen Substanzver-
luste, auf deren Grunde wieder eine belegte
Wundfläche zu Tage tritt. Gewöhnlich ist
mit diesem Vorgange schon ein leichter Zer-
fall der Wundränder verbunden, die jedoch
durchaus noch nicht infiltrirt zu sein brauchen.
Dies sind die leichten Formen der Wunddiph-
theritis, wie sie ziemlich häufig zur Beobacht-
ung kamen und durch geeignete Mittel in eini-
gen Tagen bekämpft werden konnten, obwohl
dabei ein entsprechender Rückschritt in dem
Heilungsprozesse durch die Abstossung der
diphtheritisch infiltrirten Granulationsschichten
und den Zerfall der Wundränder unvermeid-
lich ist. Dass aber auch diese leichteren
Formen durch einen infektiösen Prozess her-
vorgerufen sind, konnte ich zweifellos konsta-
tiren durch Impfungen mit dem Belege auf
die Hornhaut von Kaninchen. Es traten da-
bei jederzeit jene akuten und progredienten
Veränderungen ein, die ich durch zahlreiche
Impfungen von diphtheritischen Membranen
aus dem Rachen erzielt habe und welche
wiederholt beschrieben worden sind. — Die
weiteren Stadien der diphtherischen Wund-
erkrankung bestehen in dem pulpösen Zerfalle
der infiltrirten, aus der Zirkulation ausge-
schalteten Gewebsmassen und der fortschrei-
tenden diphtherischen oder septischen Phleg-
mone, die fortwährend neues Material für den
gangränösen Zerfall darbietet. Wenn die Um-
gebung der Wundfläche von der Entzündung
ergriffen wird, so bemerkt man zunächst ein
leichtes Oedem der Haut und des Unterhaut-
bindegewebes ohne Röthung der ersteren, das
sich ziemlich weit um die Wunde ausbreitet
und das erste Symptom des Eindringens der
septischen Flüssigkeit in die Spalträume des
Bindegewebes darstellt. Die Ränder der
Wunde und die nähere Umgebung sind indess
hart, oft brettartig infiltrirt, die Haut blauroth
gefärbt und vollständig zirkulationslos. Wäh-
rend für den blossen Anblick eine einfache
Entzündungsröthe da zu sein scheint, ergibt
die Untersuchung eine absolute Stase, so dass
der Fingerdruck keinen weissen Fleck mehr
erzeugt; später erheben sich Epidermisblasen,
die mit missfarbigem Serum gefüllt sind; auf
ein leichtes Reiben löst sich die Oberhaut in
Fetzen ab, ja mittelst des scharfen Löffels
kann man das ganze Corium wie einen Brei
mit grösster Leichtigkeit abschaben, wobei
kein Tropfen Blut fliesst. Mich hat dieser
Befund stets an den bisweilen bei Erfrier-
ungen ohne vollendete Demarkation zu beob-
achtenden erinnert; auch da liegt zwischen
der absolut nekrotischen und der normalen
Haut eine Zone, die anscheinend wenig er-
griffen aussieht, weil sie eben noch gut ge-
färbt erscheint und in welcher trotzdem jede
Cirkulation erloschen ist. Zerfällt diese diph-
therisch infiltrirte Partie — was unter Um-
ständen äusserst rasch geschieht — dann ent-
steht die pulpöse Masse, wie sie bei gangrä-
nöser Rachendiphtherie an den Tonsillen zu
beobachten und nichts Anderes ist als Fäul-

nissprodukt mit massenhafter Entwicklung kleinster Organismen. Um gleich hier die Frage nach der Bedeutung der sogenannten Diphtherie-Pilze zu berühren, die übrigens für das Folgende gänzlich Nebensache ist, erwähne ich, dass nach meiner Ansicht die Pilze sich dort ansiedeln, wo sie am besten gedeihen, und dass ihre Existenz andererseits die Zersetzungs-Vorgänge ungemein beschleunigt — man vermisst sie daher nirgends, wo ein derartiger Beleg besteht; dass sie die Erreger der diphtherischen Entzündung sind, scheint mir bis jetzt zum Mindesten nicht bewiesen. Wenn man an der Leiche die infiltrirte Haut durchschneidet, so findet man dort, wo die Cirkulation aufgehört hat, eine graue speckige Masse, in welcher sich die ungemein verbreiterte Schichte des starr infiltrirten Panniculus adiposus als weisslicher Streifen abhebt, dazwischen bräunliche Punkte von thrombosirten Gefässen und einzelne Herde von punkt- oder striemenförmiger Gestalt, in welchen sich ein käsiger schmieriger Brei, das Zerfalls-Produkt des Exsudates der Gewebe, gebildet hat — derselbe Brei, den man sonst an der Oberfläche der Wunde antrifft. Dort, wo die Cirkulation noch nicht ganz unterbrochen ist, zeichnet sich das Gewebe, namentlich das Fett, vor Allem durch die rothe Färbung, die Imbibition mit Blutfarbstoff aus, die ihren Grund wahrscheinlich in der Thrombose einzelner Gefässe, dem Zerfalle der rothen Blutkörperchen und der Aufnahme des Hämatin durch das seröse Exsudat hat. Ausserdem besteht eine gleichmässige Infiltration der Gewebe; etwa vorhandene Lymphdrüsen sind stark geschwellt, dunkel grauroth, fast zerfliessend weich, während das periadenitische Bindegewebe geröthet und starr, von Exsudat durchsetzt erscheint. — Ist die harte Infiltration zur pulpösen Masse zerfallen, dann hat man eine breiige, mit dem Messerrücken abschabbare Masse vor sich, in welcher die einzelnen Gewebs-Elemente nicht mehr differenzirt sind und die gar nicht selten von Gasblasen durchsetzt, davon förmlich aufgebläht ist. In dieser Stufe des Zerfalles wird wohl Niemand die pulpöse Form des Spitalbrandes verkennen; dass aber dieselbe dem Wesen nach identisch ist mit den übrigen durch Diphtheritis verursachten Wundaffektionen, dies ergibt die genaue Beobachtung und besonders der Verlauf ganz vereinzelter Fälle, bei welchen kein therapeutischer Eingriff zur Zerstörung des ersten Beleges stattgefunden hat". v. Winiwarter ist in der Lage, einen derartigen Fall anführen zu können, der ihm beweisend erscheint; derselbe ist bereits in seinem Jahresberichte über die chirurgische Abtheilung des Rudolph-Kinderspitales für 1875—76 (Jahrbuch für Kinderheilkunde, N. F., XI) ausführlich geschildert. —

Dr. Becker in Bederkesa beabsichtigt, **die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre mit Heftpflasterstreifen**, eine Methode, welche vielfach irrationell angewendet, aber mit Unrecht verlassen worden ist, in ihre früheren Rechte wieder einzusetzen. Er lässt den Patienten zuerst 24 Stunden im Bette liegen, damit das die Ulceration gewöhnlich umgebende Oedem verschwindet, und während dieser Zeit Umschläge mit einer Karbollösung machen. Nachdem dann das Bein sorgfältig abgetrocknet ist, wird der Verband angelegt. Hierzu muss man möglichst weiche Leinwand auf eine erwärmte Platte legen und das erwärmte Heftpflaster auf dieselbe streichen. Hierbei dringt die Pflastermasse durch die Leinwand hindurch, so dass dieselbe auf beiden Seiten mit der Klebmasse bedeckt ist und desshalb die Streifen auf der Haut des Unterschenkels und unter einander ebenso wie die darüber angelegte Binde fest haften. Die Streifen werden von unten beginnend nach oben angelegt, müssen die ganze Circumferenz des Unterschenkels umgeben und der nächst obere Streifen immer ein Drittel des nächst unteren bedecken; die Streifen sind auch streng gleichmässig anzulegen, damit keine Kreislaufsstörung eintreten kann. Nachdem der Patient noch einige Stunden nach Anlegung dieses Verbandes zu Bette gelegen ist, lässt ihn Becker seiner Beschäftigung nachgehen. Nach vier Wochen wird der Verband abgenommen, worauf die Nacht hindurch Umschläge mit Karbollösung gemacht werden und dann auf's Neue ein Verband angelegt wird. — Um den einzigen, aber häufig auftretenden Nachtheil dieser Verbandmethode, nämlich Zersetzung und fötiden Geruch des unter dem Verbande eingeschlossenen Eiters zu vermeiden, legt Becker über den eigentlichen Heftpflasterverband eine mit Karbolsäure nach Lister imprägnirte *Gazebinde* und dann eine leinene Binde an; dieser Verband wird alle 2—3 Tage mit einer Lösung von Karbolsäure in Weingeist (20:100) besprengt. Ist eine massenhafte Sekretion zu

warten, so wird über die Karbolgazebinde
ı den ganzen Verband bedeckendes Stück
achstaffet und dann eine leinene Binde ange-
gt. — Die übrigen Methoden, die Behand-
ng mit Salben oder Lösungen von Argentum
tricum, der Lister'sche Verband, geben
ine guten Resultate; das lange Liegenlassen
r Kranken im Bette ist nicht häufig thun-
h; das Reverdin'sche Verfahren hält
ecker hierbei für eine Spielerei; die Ein-
cklungen mit Emplastrum de Cerussa hatten
cht den Erfolg wie die eben geschilderte
ethode. Der Arzt musste diese letzteren
nwicklungen so oft machen, dass die Kran-
n dabei die Geduld verloren. — Der oben
schilderte Heftpflasterverband darf selbst-
rständlich erst dann angelegt werden, nach-
m ein etwa vorhandenes Ekzem abgeheilt
; die Abtragung und Aetzung der kallösen
schwürsränder sind bei dieser Methode
cht nur überflüssig, sondern schädlich, da
ın schon durch den ersten Verband eine
ıflachung der Ränder erzielt; eine Aetzung
r Granulationsfläche darf ebenfalls nicht
ıttfinden. — Durch fünf kurze Kranken-
schichten sucht Becker den Erfolg seiner
ethode zu beweisen. (Berliner klinische
ochenschrift, XIV 47.) —

Die gewöhnlich angewendeten Warzen-
itchen sind nach Dr. Bailly's Ueber-
ugung aus den verschiedensten Gründen
genügend, haben aber alle den Fehler, dass
aus undurchsichtigem Materiale konstruirt
ıd. Ein desshalb von ihm neu empfohlenes
arzenhütchen, „Bout-de-sein de verre“,
Bout-de-sein transparent“, besteht aus
ıer Glasglocke, mit einer olivenförmigen
ısbauchung gekrönt, und einem Aufsatze
n Kautschuk, an dem sich eine Schutzplatte
findet. Letztere ist von derselben Art, wie
sich am gewöhnlichen Saugrohre findet,
d kann direkt auf die Glasglocke aufge-
zt werden. Die Vortheile dieser neuen Er-
dung sollen darin bestehen, dass das Kind
Folge der bauchigen Form des Aufsatzes
ı besser fassen und somit besser trinken
nn, sowie dass man durch die Glasglocke
ıen kann, ob das Hütchen ordentlich auf-
zt und nicht etwa die Mündungen der
üsenausführungsgänge verstopft. Uebrigens
es auch nicht theurer als die früheren.
enn der Apparat gut funktionirt, soll sich
ch einigen Zügen die Milch garbenförmig
aus der Warze entleeren, die Glasglocke an-
füllen und in den Mund des Kindes laufen.
Bailly hat bei mehr denn einem Dutzend
seiner Patientinnen mit seinem Bout-de-sein
gute Erfolge erzielt, so auch bei einer, welche
in Folge der grossen Vulnerabilität der Haut
sonst nicht stillen konnte. Die Zeit, welche
das Kind zur Sättigung nöthig hat, dauert
bei Benutzung des fraglichen Apparates nicht
länger als bei direktem Anlegen. — Miss-
erfolge könnten dadurch entstehen, dass die
Glocke zu schmal oder zu kurz wäre, oder
dass der Kautschukaufsatz zu schlaffe Wand-
ungen hätte, die das Kind mit dem Munde
zusammendrückte, oder dadurch, dass die
Oeffnung zu klein wäre, oder endlich, dass
der Aufsatz nicht luftdicht am Glase auf-
sässe. Allen diesen Uebelständen liesse sich
aber sehr leicht abhelfen. (Schmidt's med.
Jahrb., 1878, Nr. 5.) —

Als Ergänzung seiner Untersuchungen über
halbseitige Anästhesieen als Folge-
erscheinung von Läsionen der Mittel-
hirngebilde hat Dr. Couty noch weitere
Fälle von halbseitiger Anästhesie, von An-
aesthesia alternans, generalis, circumscripta,
von Hyperaesthesia generalis und Hemihyper-
aesthesia gesammelt, welche alle auf krank-
hafte Veränderungen des Mittelhirnes zurück-
geführt werden konnten. Jeder Einzelne der
eben genannten Symptomen-Komplexe kann
durch eine Blutung zu Stande kommen. Ge-
schwülste hatten nur Anaesthesia univer-
salis hemiplegica oder circumscripta zur Folge,
die Symptome der Hyperästhesie zeigten sich
meist bei embolischen oder thrombotischen
Zuständen. Sitz der Läsionen bei Störungen
der Sensibilität waren meistens die hinteren
Regionen der Brücke; bei Mitbetheiligung des
Bodens des vierten Ventrikels kann allge-
meine Hyperästhesie eintreten. Sitzt die Stör-
ung in den äusseren Lagen der Brücke oder
der Processus cerebelli ad pontem, so ist
meist Anästhesie der gegenüberliegenden
Körperhälfte (Gesicht einbegriffen) die Folge;
sitzt sie etwas niedriger und nimmt sie fast
die ganze eine Brückenhälfte ein, so folgt
Hemianaesthesia alternans (Anästhesie der
Gesichtshälfte derselben, der Extremitäten der
entgegengesetzten Seite); ganz umschriebene
Verletzungen der Brücke und des verlänger-
ten Markes können Anästhesie der Gesichts-
hälfte derselben Seite oder gleichseitige Hör-

störungen bedingen. Sitzt der Herd nach dem mittleren Kleinhirn-Schenkel hin, sich in die äusseren Schichten der Brücke hinein erstreckend, so kann halbseitige Hyperästhesie der anderen Körperhälfte die Folge sein. Je nach dem tiefer oder höher gelegenen Sitze einer Läsion können Störungen im Bereiche der Sinnes-Organe (besonders des Gehörs, einige Male auch des Geschmackes) die Folge sein, und zwar oft einseitig. Affektionen des Seh- oder Geruch-Organes kommen nur mittelbar durch Akkommodationsstörungen oder Trigeminus-Affektionen zu Stande. Die Störungen von Seite der Motilität zeigen sich unter den mannigfachsten Formen, bilaterale Lähmung, Hemiplegie (einfache), alternirende Lähmung u. s. w.; zwischen ihnen und der Art der sensiblen Störung können die verschiedensten Kombinationen vorkommen. — Schliesslich wäre noch zu erwähnen, dass in den des Gefühlsvermögens beraubten Theilen die Temperatur oft vermindert gefunden wurde. Alle diese Abstraktionen gehen aus der Analyse der vom Autor gesammelten und im Auszuge mitgetheilten Krankheits-Geschichten hervor. (Gazette hebdomadaire de Paris, 1878, 1—4.) —

Unter der Aufschrift „de la pneumonie aiguë et la névrite du pneumogastrique; pathogénie de la pneumonie“ veröffentlicht Ch. Fernet in der France médicale 1878, 23 u. 24, einen interessanten Aufsatz, dessen Hauptinhalt sich in die beiden Sätze zusammenfassen lässt: Die akute fibrinöse Pneumonie ist ein Herpes der Lungen und dieser Herpes stellt eine trophische Störung dar, welche die Folge einer Neuritis des Nerv. vagus ist. Des Verf. Begründung dieser seiner Ansicht stützt sich auf das Nachfolgende: 1) Die Pneumonie ist ein Herpes. Die gewöhnliche Ursache der Pneumonie ist die Erkältung, gerade so wie beim Herpes labialis und gutturalis (unter welchem letzteren Fernet die Angina membranacea versteht, die er auch für einen Herpes hält! Ref.). Der Verlauf der Pneumonie ist wie der der anderen genannten Krankheiten ein typischer. Es kömmt dabei zur Ablagerung eines fibrinösen Exsudates in die Alveolen der Lunge und sieht Verf. auch hierin eine Analogie mit dem Herpes. Mithin sind Ursachen, Entwicklung, Fieber und die lokalen Läsionen in den angegebenen Krankheiten identisch! Ausserdem koinzidirt sehr häufig mit der Pneumonie sowie mit der Angina herpetica ein Lippen-Herpes; letzterer manifestirt auf der äusseren Haut denselben Vorgang, welcher sich in der Lunge abspielt! — 2) Der Lungen-Herpes ist eine Trophoneurose des Vagus. Das Zwischenglied zwischen der Erkältung und Herpes ist die Neuritis; diese entsteht durch die Erkältung und erzeugt ihrerseits den Herpes oder eine andere trophische Störung. Als Beispiele hieher führt Fernet an die Neuritis des Ischiadicus nach Erkältungen, welche diesen Nerv treffen, die Neuritis des Facialis und die Hemiplegia facialis unter analogen Umständen, den Gesichts-Herpes sowie die Zona ophthalmica nach Kälte-Einwirkung auf den Trigeminus etc. Es erzeugt somit dieselbe Ursache — die Erkältung — denselben Effekt i. e. die Neuritis; die Verschiedenheit der Symptomatologie hängt nur von der Funktion der betroffenen Nerven ab. So ist auch nach der Ansicht des Verfassers die Angina herpetica nur eine Neuritis des Trigeminus. — Ebenso konnte Fernet in drei Fällen akuter fibrinöser Pneumonie eine „Neuritis“ des Vagus nachweisen, welche nur auf der kranken Seite vorhanden und hier auf Druck mit Schmerz verbunden war. Diese Neuritis war gekennzeichnet durch eine lebhafte Injektion der Nervenfasern, welche eine röthlich-graue, hortensienartige Färbung darboten. Der Gedanke, dass diese Neuritis sekundär sein könnte, wird zurückgewiesen und dieselbe als primär sowie als Ursache des Lungen-Herpes (i. e. der Pneumonie) hingestellt. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Nerven ergab ein negatives Resultat: weder fand sich eine histologische Veränderung der Nervenfasern noch des Perineurium. Dieser negative Befund hält Verf. indess nicht ab, auf Grund des makroskopischen Aussehens der Nerven eine Neuritis anzunehmen, die vorzugsweise in einer Hyperämie (!) besteht. In Fällen geringerer Ausdehnung des pneumonischen Vorganges erwartet Fernet die Veränderungen im Nerven noch geringer zu finden. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 37. *Erlangen*, am 14. September 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Kann die erhöhte Wärme des mütterlichen Organismus an sich die Ursache des Todes der Frucht sein und wie hoch kann die mütterliche Temperatur steigen, ohne dass durch dieselbe das Leben der Frucht geschädigt wird? Ueber die organischen Bestandtheile des Staubes der Atmosphäre. Zur Wundbehandlung. Karbolsäurelösung gegen wunde Brustwarzen. Zweiseitige Verrenkung der unteren Gelenkflächen des Atlas. Milch-Infusion statt Bluttransfusion. Zur Behandlung der Eierstockkysten. Ueber die Säure des Magensaftes. Zur Radikaloperation reponibler Brüche. Die Selbstinokulation vegetabilischer Hautparasiten. Zur Behandlung chronischer Blasenreizung. Ursache plötzlichen Todes in Folge von Diabetes. Einreibung mit Schmierseife gegen chronische Lymphdrüsenleiden.

Untersuchungen, welche **Dr. Max Runge** zu Strassburg an Kaninchen vorgenommen hat, sollen die Fragen erledigen, ob die erhöhte Wärme des mütterlichen Organismus an sich die Ursache des Todes der Frucht sein kann, und ferner, wie hoch die mütterliche Temperatur steigen kann, ohne dass durch dieselbe das Leben der Frucht geschädigt wird. Beobachtungen, welche diese Frage berühren, sind schon von Hohl, Hüter und Fiedler veröffentlicht worden, besonders werthvoll aber sind die von Kaminski gesammelten Beobachtungen. Stieg nämlich die Temperatur bei einer Hochschwangeren bis zu einem gewissen Grade (etwa 40° C.), so zeigten sich bei dem Kinde äusserst frequenter Herzschlag und häufig sich wiederholende Bewegungen des Körpers. Mit Zunahme der mütterlichen Temperatur traten diese Erscheinungen deutlicher hervor, hatte dagegen die Temperatur eine dauernde Höhe von 42,0 bis 42,5° C. erreicht, dann erlosch das kindliche Leben. Die Früchte, welche auf diese Weise abgestorben waren, wurden meist erst lange Zeit darnach ausgestossen. Ganz ähnliche Beobachtungen sind endlich auch von Winckel gemacht worden. Da der Fötus an sich schon eine höhere Temperatur als die Mutter besitzt, so wird derselbe ohne Zweifel auch die Temperatur, welche ein Fortleben nicht mehr gestattet, schon erreichen, wenn die mütterliche Wärme eben gerade so hoch ist, dass das Leben der Mutter noch möglich ist. Runge theilt nun 25 Versuche ausführlicher mit, welche er über diese Frage an trächtigen Kaninchen angestellt hat, und erwähnen wir daraus mit Uebergehung der Einzelheiten nur, dass zur Steigerung der Körperwärme der Thiere ein mit guter Ventilation versehener Wärmekasten in Anwendung kam, dessen Erwärmung man nach Belieben bewerkstelligen konnte. Das Thermometer wurde entweder in den Gehörgang oder in den After oder in die Vagina eingebracht; letztere zeigte sich am geeignetsten zur Anlegung dieses Instrumentes. Zur genauen Konstatirung, ob bei einer bestimmten Temperatur des Mutterthieres in der Frucht noch Leben vorhanden oder schon der Tod eingetreten sei, blieb nichts Anderes übrig, als den Kaiserschnitt auszuführen. Seine bezüglichen Versuche haben nun zu folgenden Ergebnissen geführt: 1) Wurde ein Kaninchen auf diese Weise getödtet und gleich darauf der Kaiserschnitt gemacht, so wurden die durch diese Operation herausgeförderten Jungen stets todt gefunden. 2) Wurde die Operation an dem kurz vor dem Tode befindlichen Kaninchen gemacht, so wurden in der Regel ebenfalls todte Junge herausgenommen. Hierzu wurde das Mutterthier auf eine Temperatur von 42° C. in der Vagina gebracht. 3) Bezüglich der Wirkung, welche verschiedene Temperaturen mit verschiedener Zeitdauer auf das Leben der Früchte hatten, wurde Folgendes beobachtet. Wurde die Scheide-Temperatur 30 Minuten lange auf 42,0 bis 42,6° C.

gehalten, so waren sämmtliche Junge todt; dasselbe fand Statt bei einer Temperatur von 41,4 bis 41,8° während 26 Minuten; bei einer Temperatur von 41,5 bis 42,3° während 21 Minuten machten von fünf Jungen drei mehrere Inspirationen und starben dann ab; wurde die Temperatur 20 Minuten lange auf 41,6 bis 41,8° gehalten, so fand man zwei Junge lebend und 3 abgestorben; wurde endlich die Temperatur 9 Minuten lang auf 41,3 bis 42,0 erhalten, so gaben von fünf Jungen zwei auf Reize Lebenszeichen, blieben aber dann todt. Hieraus geht hervor, dass bei einer Temperatur von über 41,5 die Dauer derselben von Bedeutung für das Leben der Frucht ist. 4) Nach verschiedenen Versuchen zu urtheilen, liegt beim Kaninchen die Gränze, von welcher an die Temperatur der Mutter für die Frucht tödtlich sein kann, ungefähr bei einer Scheide-Temperatur von 41,5° C. Der Tod tritt sicherer und schneller ein, je längere Zeit diese Temperatur eingehalten und je mehr die Gränze überschritten wird. Ausserdem scheint auch die frühere oder spätere Fötalzeit einigen Einfluss auf den Tod der Frucht auszuüben, so dass jüngere Fötus weniger widerstandsfähig gegen die hohe Temperatur sich erwiesen. Die vom Verf. beigegebene Zusammenstellung zeigt, dass bei einer Temperatur unter 41° immer lebende Früchte herausbefördert wurden. Diese Versuche beweisen demnach, dass dem Fötus durch die hohe Temperatur der Mutter an sich eine Lebensgefahr erwachsen kann, besonders wenn diese Temperatur längere Zeit anhält. Insoferne stimmen die Resultate des Verf. mit den Beobachtungen von Kaminski vollständig überein; nach ihm beginnt beim menschlichen Fötus die Gefahr schon bei 40° der Mutter. Dass aber, wie Kaminski meint, die hohe Temperatur der Mutter bei fieberhaften Krankheiten die alleinige Ursache des Todes des Fötus sei, bestreitet Runge auf das Bestimmteste; es können vielmehr noch andere schädigende Momente im Verlaufe einer fieberhaften Krankheit auftreten. — Endlich ist nach des Verf. Beobachtungen anzunehmen, dass der Kaiserschnitt bei einer an Hitzschlag verstorbenen oder an einer fieberhaften Krankheit unter sehr hoher Temperatur zu Grunde gegangenen Schwangeren keinen Erfolg für das Kind haben wird. (Arch. f. Gynäkologie, XII 1 S. 16 ff.) —

Die grosse Tragweite, welche die Erkenntniss des Einflusses mikroskopischer Organismen auf Entstehung und Verlauf der Krankheitsprozesse bereits für die Therapie und Prophylaxis erlangt hat, lässt es auch dem praktischen Arzte erwünscht erscheinen, sich mit den Fortschritten bekannt zu machen, welche in diesem Zweige der Naturwissenschaften gemacht werden. Als solchen Fortschritt müssen wir es begrüssen, dass auf dem meteorologischen Observatorium zu Montsouris bei Paris seit Ausgang 1875 regelmässige Beobachtungen über die organischen Bestandtheile des Staubes der Atmosphäre angestellt und veröffentlicht werden. Der Wunsch, dass solche Untersuchungen an möglichst vielen Orten Förderer und Vertreter finden, rechtfertigt es, dass hier kurz die drei verschiedenen Methoden angedeutet werden, mittelst deren Herr Marée Davy, der Direktor des genannten Observatoriums, die Atmosphäre auf ihren organischen Gehalt untersuchen lässt. Die erste Methode besteht darin, dass man mittelst eines Aspirators einen lang anhaltenden Luftstrom gegen einen Glyzerin-Tropfen streichen lässt, an welchem die festen Theilchen festkleben, welche man dann mikroskopisch untersucht. Nach der zweiten Methode wird durch künstliche Kondensation an Reagensgläschen mittelst Kältemischungen der Wasserdampf der Luft verdichtet und werden entstehende Tropfen, welche die organischen Körperchen der Luft mit sich führen, geprüft. Zu demselben Zwecke werden auch der natürliche Thau und die ersten Regentropfen verwendet, oder es wird die Luft mit zerstäubtem Wasser aus einem Pulverisateur gewaschen. Diese beiden ersten sich ergänzenden Methoden werden zu Montsouris täglich, ja sogar oft mehrmals täglich, zu Messungen benützt. Die dritte Methode endlich, welche sich mehr für gelegentliche Untersuchungen bestimmter Lokalitäten empfiehlt, besteht darin, dass man sich Röhren mit fäulnissfähigen Flüssigkeiten herstellt, die durch Sieden keimfrei gemacht worden und durch geeigneten Verschluss gegen das Eindringen der atmosphärischen Keime geschützt sind. An der zu untersuchenden Stelle wird eine bestimmte Portion der Luft mittelst Aspirators durch den Röhren-Inhalt geleitet und die Veränderungen, die derselbe dann zeigt, verfolgt. — Ueber einige Ergebnisse dieser regelmässigen Untersuchungen berichtete nun Herr Miquel der Pariser Akademie der Wissenschaften unter dem 24. Juni l. Js. Er bediente sich bei denselben der ersten Methode, indem er

einen Luftstrom durch Aspirator mit Zählvorrichtung gegen einen Tropfen Glyzerins gemischt mit Glykose streichen liess und die anklebenden festen Theilchen untersuchte. Stündlich gingen durch den Apparat 12 Liter Luft und jeder Versuch dauerte zwei Tage. Von den erlangten Resultaten sind die folgenden von Interesse: im Ganzen schwankte die Anzahl organisirter Zellen, welche mittelst dieser Methode gesammelt werden können, zwischen 500 und 120,000 im Kubikmeter Luft, wobei die Bakteridien nicht mitgezählt sind und zu beachten bleibt, dass der Luftstrom unmöglich alle seine organisirten Bestandtheile an den klebrigen Tropfen abgibt. Bei Berücksichtigung derjenigen Körperchen, deren Durchmesser grösser ist als 0,002 Mm., findet Herr Miquel aus seinen Beobachtungen folgende zwei wichtige Regeln: 1) Die mittlere Zahl der Mikrobien der Luft ist im Winter gering, nimmt im Frühlinge schnell zu, bleibt ziemlich stationär im Sommer und wird im Herbste wieder kleiner; 2) der Regen erzeugt stets eine Rekrudescenz der Mikrobien. Diese Zunahmen in Folge des Regens sind oft höchst überraschend. So wurden z. B. im Sommer, wenn auf intensive Hitze ein Gewitter oder ein etwas anhaltender Regen folgte, am Tage vorher etwa 5—10,000 organisirte Körper im Kubikmeter Luft gefunden, am nächsten Tage hingegen mehr als 100,000 — und dies hat sich mit merkwürdiger Regelmässigkeit in allen Jahreszeiten gezeigt. Die Temperatur und die Feuchtigkeit scheinen daher, neben den rein lokalen Einflüssen, die Hauptursachen für die Schwankung der Zahl der mikroskopischen Keime in unserer Atmosphäre zu sein. — Die Aufzählung der vom Herrn Miquel gefundenen Organismen hat an dieser Stelle wenig Interesse, da dieser Beobachter die kleinsten Organismen, welche den Arzt und Hygieniker ausschliesslich interessiren, bei seiner Statistik leider nicht berücksichtigt hat. Um so wünschenswerther erscheint es uns, dass die fragliche Untersuchung nach dieser Richtung vervollständigt und über möglichst viele Stationen ausgebreitet werde. (Compt. rend., Bd. 86, S. 1552.)

Die eben im Drucke erschienenen „klinischen Vorlesungen über Wundbehandlung“ von Sampson Gamgee (London, Churchill, 1878) geben eingehende Antwort auf die Frage, welche Wundtherapie abgesehen von dem nichts weniger als allgemein angenommenen Verfahren Lister's in England durch ihre grössere Verbreitung als eine von den Ursachen der im Vergleiche zum Kontinente von jeher günstigeren chirurgischen Sterblichkeits-Statistik gelten kann. Gamgee ist kein Freund des Wasserverbandes, welchen noch Erichsen in der letzten Auflage seines Lehrbuches vorzugsweise empfiehlt. „Wasser begünstigt die Zersetzung“ — desshalb applizirt er trockenes Lint oder präparirtes Schiffswerg auf die Wunden, bei welchen er gleichzeitig so viel wie möglich durch die Naht vereinigt und thunlichst selten den Verband wechselt. Während der ganzen Dauer der Kur kömmt die Wunde mit keinem Tropfen Wasser in Berührung; etwa nöthige Schwämme werden vor dem Gebrauche so völlig ausgedrückt, dass keinerlei Feuchtigkeit ihnen adhärirt. Daneben benützt Gamgee vielfach die gleichmässige Kompression und Ruhigstellung frisch verletzter Theile durch Einpacken in Schiffswerg oder Watte und Anlegung von Pappschienen (welche er sammt dem Kleister beiläufig dem Gyps-Verbande vorzieht), doch wendet er auch in entsprechenden Fällen die Drainage an. Gamgee bezeichnet diese Behandlung als die „einfache Methode“ gegenüber „anderen Verfahren“ und führt zu ihren Gunsten eine grosse Reihe mehr weniger interessanter Krankheitsgeschichten eigener Beobachtung an, während er über diese „anderen Verfahren“ verhältnissmässig schnell hinweggeht. Eingehender beschäftigt er sich nur mit der Lister'schen Antiseptik, doch reproduzirt er bei dieser Gelegenheit nur seine bereits im J. 1873 schon veröffentlichten Bemerkungen. Er bezeichnet die Resultate Lister's sowohl im Einzelnen wie im Zusammenhange als bewundernswerth, ist aber kein Anhänger der Keimtheorie und glaubt, dass in der Lister'schen Methode manches Beiwerk neben wesentlichen, aber anderen Methoden bereits angehörigen Dingen enthalten ist. Er hat überdies niemals gesehen, dass Lister's Behandlung eine so vollständig schmerzlose, schnelle und sichere Heilung herbeiführen kann, wie der trockene, selten zu wechselnde, mit absoluter Ruhe, bequemer Lagerung und leichter Kompression verbundene „einfache Verband“ bei seinen Kranken. —

Die von Dr. Haussmann zu Berlin jüngst empfohlene Behandlung wunder Brust-

warzen mit einer Karbolsäure-Lösung wurde auf der zur Zeit unter der Leitung des Docenten Dr. Fasbender stehenden geburtshilflichen Abtheilung der Charité in 40 Fällen versucht — nur wurden aus Zweckmässigkeits-Gründen Art und Weise der Anwendung dahin abgeändert, dass — während Haussmann auf die erkrankten Brustwarzen lau temperirte Umschläge mit einer 2-prozentigen resp. 5-prozentigen Karbolsäurelösung machen und dieselben alle 2 bis 3 Stunden erneuern liess, in der Charité die erkrankten Stellen und ihre nächste Umgebung mittelst eines gewöhnlichen Tuschpinsels mit der betreffenden Lösung geätzt wurden. Hiefür war hauptsächlich der Umstand massgebend, dass durch die eingeführte Anwendungsweise zuverlässiger die etwa „blossgelegten Mündungen der feinsten Lymphgefässe" erreicht und geätzt werden mussten — was Haussmann als ganz besonders wesentlich hervorhebt, während es unwahrscheinlich schien, dass die Wände von tiefen Basal-Rhagaden bei einfachen Umschlägen überhaupt mit dem Medikamente in eine wünschenswerthe Berührung kommen könnten. Zuerst wurden Läppchen mit 3-proz. Karbol-Oele aufgelegt, nachher aber gleichzeitig auch mit 5-proz. wässeriger Lösung touchirt. Weiterhin wurden ausschliesslich solche Lösungen benützt und zwar in der Weise, dass, nachdem die Brustwarze mit einem feuchten Läppchen sorgfältig gereinigt worden, die erkrankten Stellen und deren nächste Umgebung 4—5 Mal hintereinander geätzt wurde — je mit einigen Sekunden Zwischenpause. Der Haarpinsel ermöglicht dabei ein Eindringen selbst in die feinsten Spalten. In dieser Weise ausgeführt erschien es ausreichend, im Laufe des Tages das Medikament ein beziehungsweise zwei Mal anzuwenden. Meistens wurde bei der Morgen-Visite touchirt. Die Anwendung der Karbolsäure (excl. der 8proz. Lösung) erwies sich dabei, abgesehen von einem leichten Brennen, ganz schmerzlos, und lässt die Empfindlichkeit der Warze sehr bald nach, so dass die Mütter ohne Unterbrechung weiter säugen können. Diesen schon von Haussmann als besonderen Vorzug des Mittels betonten Umstand vermag Dr. Steiner an der Charité in vollem Maasse zu bestätigen. Meistens verschmähten die Mütter das Warzenhütchen und mussten zu seinem Gebrauche oft dringend gemahnt werden. — Was aber die Karbolsäure ganz besonders schätzenswerth zu machen scheint, ist nach Stabsarzt Steiner der Umstand, dass sie trotz des Weiterstillens eine Verschlimmerung des ursprünglichen Leidens ziemlich sicher verhindert. — Was die Stärke der Lösung anlangt, so dürfte über 6 Prozent kaum hinausgegangen und 5 Prozent als die Grenze nach unten bezeichnet werden; die 6proz. Lösung schien die günstigsten Ergebnisse zu Stande zu bringen. (Berliner klin. Wochenschrift, 1878, 27.) —

Uhde, Hagemann und Boettger beschreiben in v. Langenbeck's Arch., Bd. 22 S. 217 ff., eine durch Fall entstandene zweiseitige Verrenkung der unteren Gelenkflächen des Atlas, bei welcher die rechte Atlas-Gelenkfläche nach vorne und die linke nach hinten von der entsprechenden oberen Gelenkfläche des Epistropheus abgewichen war. Aus der sehr genau angegebenen Symptomatologie heben wir für unsere Leser nur einzelne interessante Innervationsstörungen hervor. Es zeigte sich nämlich die linke Zungenhälfte gelähmt, die rechte hypertrahirt und nach aussen konkav eingebogen, während die linke nach aussen konvex erschien. Ebenso war die linke Gaumensegelhälfte und der linke Arcus glosso-palatinus paralysirt und das Zäpfchen nach rechts gekrümmt. Weiter konstatirte man am rechten wie linken ersten Zungen-Dritttheile, ebenso am linken zweiten und dritten Zungen-Dritttheile Sensibilität und Geschmacks-Empfindlichkeit; am rechten zweiten und dritten Zungen-Dritttheile liessen sich aber weder Aeusserungen der Empfindung noch des Geschmackes nachweisen. Die Verff. beziehen diese Erscheinungen auf Lähmung des rechten Nerv. glossopharyngeus und des linken Nerv. hypoglossus wie des linken Pharyngeus. Sie zeigen an einem Präparate, bei welchem die nämliche Atlas-Verrenkung künstlich hergestellt war, dass 1) der Nerv. glossopharyngeus direkt nach seinem Austritte aus dem Foramen jugulare über den nach vorne vorspringenden Atlas-Theilen stark ausgespannt werden muss; dass 2) bei dieser Luxationsstellung die Wurzeln des Nerv. hypoglossus innerhalb des Wirbelkanales wie ein Paar straffgespannte Saiten erscheinen, während sie in der Norm schlaff gegen die harte Hirnhaut verlaufen. Ganz auf dieselbe Weise und an derselben Stelle erleidet auch der N. accessorius eine Zerrung, auf welche im klinischen Bilde die Lähmung des linken

aumensegels hindeutet, da sich diese nicht ders erklären lässt, als dass der Plexus aryngeus, welcher den vorderen Ast des accessorius bilden hilft, unter der Zerrung s Nervenstammes leidet; 3) die Verengerng des Wirbelkanales ist nicht so bedeutend, ss daraus eine Kompression des verlängern Markes entstehen musste; ebenso bleibt e Arteria vertebralis intakt. Die Geschmacksörungen machen die Innervation des N. ossopharyngeus nur ausschliesslich für die eiden hinteren Dritttheile der Zunge anchaulich und führen zu der Folgerung, dass owohl das erste Dritttheil der Zunge als uch die Gaumenbögen von dem Ramus linualis des Ramus tertius, des N. trigeminus, eziehungsweise von anderen Aesten dieses erven, bezüglich des Schmeckvermögens beinflusst werden. — Die Reduktion der Verenkung des Atlas gelang nicht, doch erlangte er Beschädigte allmählig den freieren Gebrauch einer Kopfbewegungen wieder; auch besserten sich die Störungen an der Zunge und am Gaumen in etwas. —

Die Schwierigkeit, sich im Momente des Bedarfes zur Transfusion geeignetes Blut zu verschaffen, brachte Gaillard Thomas (New-York med. Journal, 1878, ö) darauf, die von Hodder bei der Cholera versuchte Infusion von Milch wieder aufzunehmen. Hodder hatte bei 3 Cholerakranken im Stadium algidum, welche sterbend erschienen, je 14 Unzen Milch auf ein Mal in eine Vene injizirt; 2 von diesen Kranken genasen. G. Thomas legt den grössten Werth darauf, dass die verwendete Kuhmilch vollkommen frisch sei, und liess darum die in der Nähe befindliche Kuh, während er die zur Infusion bestimmte Vene präparirte, melken, die Milch rasch filtriren und infundirte dann langsam die noch warme Flüssigkeit. Sein erster Fall betraf eine Frau von dreissig Jahren, bei welcher er beide entartete Eierstöcke exstirpirt hatte. Die schon zur Zeit der Operation sehr herabgekommene Kranke wurde während der folgenden Tage noch schwächer, da sie alle durch den Mund zugeführte Nahrung wieder erbrach und wiederholt heftige Gebärmutter-Blutungen hatte. Vier Tage nach der Operation wurde der Kranken, welche dem Tode nahe war, die Menge von $8^1/_2$ Unze Kuhmilch in die Vena mediana basilica eingespritzt. Während dem wurde der Puls, dessen Frequenz vorher 150 gewesen, so schwach und frequent, dass er kaum gefühlt werden konnte. Nach einer Stunde trat Schüttelfrost auf, die Temperatur hob sich von 38,4 auf 40,0° C. und die Pulsfrequenz betrug zwischen 150—160. Nach einigen Stunden schlief die Kranke ein und erwachte erst nach mehreren Stunden. Am folgenden Tage betrug der Puls 116 und war die Temperatur normal. Von da an erholte sich die Kranke rasch und wurde vollkommen geheilt. — Bei einer zweiten Kranken, welche nach einer Ovariotomie einen grossen Abszess bekam, der in den Darm perforirte, wurden bei schweren septischen Erscheinungen binnen sechs Tagen fünf Milch-Injektionen gemacht. Die vier ersten Injektionen hatten jede eine vorübergehende Besserung zur Folge; zwei Stunden nach der fünften Einspritzung starb die Kranke. Es schien übrigens dem Verf., als hätten in diesem Falle die Milch-Infusionen das Leben verlängert. — Der dritte und letzte Fall erlag einer intraperitonäalen Blutung nach Ovariotomie; die Blutung dauerte nach der Milch-Infusion fort und die Kranke starb 14 Stunden darauf. Dieser Fall lehrt somit bloss, dass die direkte Einführung von Milch in die Blut-Cirkulation keine unmittelbare Lebensgefahr bedingt. — Die im Vorstehenden von G. Thomas als lebensrettend hingestellte Milch-Infusion hat N. Wulfsberg an Thieren versucht, um die besonders von Donné in seinem „Cours microscopique“ geschilderte Umwandlung der Milchkügelchen (nach Infusionen) in farblose Blutkörperchen zu studiren. W. fand, dass sich die weissen Blutkörperchen nach Milchinfusion allerdings vermehren, aber erst nachdem sie die Milchkügelchen in sich aufgenommen („gefressen“) haben. Hunde durch Milchinfusion zu ernähren, ist Wulfsberg nicht gelungen; ihr Körpergewicht nahm ab und sie starben, ohne bei Lebzeiten Symptome tieferer Erkrankung zu zeigen; es fanden sich hämorrhagische Infarkte in den Lungen. Auch durch subkutane Injektion grösserer Mengen frischer Milch war es unmöglich, Thiere zu ernähren; dieselben wurden atrophisch. Wurde Hunden, denen vorher grössere Mengen Blutes, bis zu 72 pCt. der berechneten Blutmenge, entzogen waren, Milchinfusion gemacht, so vertrugen sie wohl kleinere Milchmengen; nach grösseren gingen sie schnell, meist auf dem Operationstische, zu Grunde. Die Milch-Infusion war im Stande, die fast unhörbaren Herztöne wieder laut und deutlich zu machen; dessbalb allein aber, betont Wulfsberg mit Recht,

könne eine Milch-Infusion niemals eine Blut-Transfusion ersetzen. (Nachrichten der k. Gesellsch. d. Wissensch. zu Göttingen, 1878, 3, S. 136.) —

Das Samaritan-Hospital zu London ist zur Zeit, wie nur wenige Privatspitäler der englischen Hauptstadt, der Versammlungsort fremder Aerzte, denn hier werden allwöchentlich 2—4 Eierstock-Kysten durch Spencer Wells und seine Schüler Bantock und Thornton exstirpirt. Mit welcher Fertigkeit und mit welchen einfachen Mitteln Sp. Wells die genannte Exstirpation vollführt, ist wohl hinreichend bekannt. War doch zu der Zeit, als man Ovariotomieen in Deutschland zu üben begann, seine Methode die einzig massgebende und mustergiltige. Die sorgfältigen Vorbereitungen für die Operation, der Schnitt in der weissen Linie, die Ablösung und doppelte Abbindung der Verwachsungen mit Seiden-Ligaturen, die Punktion oder, bei sehr konsistentem Inhalte, die Spaltung der Kyste und rasche Entleerung der dicken Masse, die extraperitonäale Behandlung des Stieles mit der Klammer, welche letztere nur in Ausnahmefällen durch die Seidenligatur ersetzt wird — all' das führt Sp. Wells noch immer in jener einfachen und gefälligen Weise aus, wie er es bereits in seinen bezüglichen Veröffentlichungen mitgetheilt hat. Bot die Operation keine weiteren Schwierigkeiten dar, so wurde von der Drainage gänzlich abgesehen; war Blut oder Kysten-Inhalt in die Bauchhöhle geflossen, so führte Sp. Wells in den Douglas'schen Raum eine von Keith angegebene Glasröhre ein, aus welcher mehrere Mal des Tages das Sekret mit einer Spritze aspirirt wurde. Diese zylindrische Glasröhre ist etwa 15 Centimeter lang und ihre Lichtung einen Centimeter weit; sie ist an ihrem unteren Ende mit Drainlöchern versehen, an ihrem oberen trägt sie einen Rand, der das Zurückgleiten in die Bauchhöhle verhindert. Da Sp. Wells selbst, seitdem er wegen vorgerückter Jahre Consulting Surgeon des Samaritan-Spitales geworden ist, nur mehr über eine geringe Anzahl von Betten disponirt, so wird die grössere Zahl der dortigen Ovariotomieen von seinen beiden Schülern ausgeführt. Während Bantock genau nach der Methode seines Meisters vorgeht, weicht Thornton darin ab, dass er 1) die Operation stets unter antiseptischen Kautelen vornimmt und 2) Verwachsungen und Stiel mit Katgut unterbindet und letzteren stets versenkt. Bei der Unterbindung des Stieles wird die Vorsicht gebraucht, dass immer nur kleinere Theile davon gefasst und die Ligaturfäden so in einander geschlungen werden, dass sie eine fortlaufende Reihe von in einander liegenden Fäden-Ringen bilden, deren Berührungspunkte in die Stichkanäle fallen. Solches geschieht desshalb, um Blutungen aus dem Stichkanale zu vermeiden. Da die Operationen Thornton's sonst mit gleicher Schnelligkeit und unter gleichen äusseren Bedingungen, was Individualität, Pflege der Kranken u. s. w. betrifft, vorgenommen werden, so dürften bei der grossen Zahl von Ovariotomieen die nächsten Jahresberichte des Samaritan-Hospitals noch insoferne an Interesse gewinnen, als wir daraus entnehmen werden, ob auch die unter antiseptischen Kautelen durchgeführte intraperitonäale Behandlung des Stieles eben so gute Resultate aufzuweisen vermag wie die sonst gebräuchliche extraperitonäale Methode. Dass die Erfolge im Allgemeinen so befriedigend sind, liegt gewiss zum Theile an der ganz besonderen Sorgfalt, welche der Nachbehandlung gewidmet wird. Wir finden die Kranke in einem guteingerichteten und gleichmässig temperirten Extrazimmer liegen, um ihren Kopf eine Kühlschlange und an ihrer Seite zwei erfahrene Wärterinnen; jede Stunde wird die Temperatur gemessen und der Puls gezählt; ist er unregelmässig, so wird Chinin per Rectum eingegeben. Mehrere Male des Tages erhält die Kranke Klysmen von Beeftea und innerlich von Zeit zu Zeit Eis und Champagner. Wurde eine Glasröhre in den Douglas'schen Raum eingelegt, so wird dieselbe mit einem in fünf-prozentiger Karbolsäurelösung gereinigten Schwamme bedeckt und der Verband in den ersten Tagen durchschnittlich nach 6—8 Stunden zu dem Zwecke gewechselt, um das in der Glasröhre angesammelte Sekret mit Hilfe einer Spritze zu entleeren. Wenn nicht mehr als etwa 4 Grm. aus der Glasröhre abfliessen, wird dieselbe entfernt, was meistens am 4. oder 5. Tage der Fall ist; die längste Zeit, bis zu welcher die Glasröhre in einem Falle in der Bauchhöhle liegen blieb, betrug 5 Tage. Zur Vorsicht wird dann immer noch auf einige Stunden oder einen Tag an Stelle der Glasröhre ein gewöhnliches Gummi-Drainrohr eingeführt. (Wiener med. Wochenschrift, 1878, 10. Aug.)

Der französischen Akademie der Wissenschaften theilte jüngst Ch. Richet Unter-

suchungen mit über die Säure des Magensaftes, welche sich zunächst auf den Magensaft von Hai- und anderen fleischfressenden Fischen beziehen. Dieser Saft stellt nicht eine Flüssigkeit dar, sondern eine schleimige, zusammenhängende und kaum mit Wasser mischbare Masse, die mikroskopisch aus einer amorphen Substanz mit eingestreuten Epitelzellen besteht. Mit einer grösseren Menge Wassers behandelt löst sich die Masse auf und lässt sich filtriren. Dieser Saft enthält mehr freie Säure, wie der der Säugethiere, nämlich als HCl ausgedrückt, 10, ja selbst 15 p. M. Die in dem Magensafte enthaltenen Basen reichen nicht hin, um die Salzsäure zu sättigen, gerade so wie dieses C. Schmidt vom Magensafte des Hundes nachgewiesen hat; die Salzsäure ist indess doch nicht vollständig frei. Mischt man nämlich Salzsäure mit einem essigsauren Salze, so setzt sich nach Bertholet eine äquivalente Menge Essigsäure in Freiheit. Das ist mit dem Magensafte nicht der Fall, es wird zwar Essigsäure frei, aber nicht die der Salzsäure äquivalente Menge. Richet ist der Ansicht, dass die Bindung der Salzsäure im Magensafte eine ähnliche sei wie in den sauren Salzen, welche man erhält, wenn man Glykochol, Leucin oder Albumin mit Salzsäure behandelt. Auch das Chlorhydrat des Leucin setzt nicht eine dem Salzsäure-Gehalte entsprechende Menge Essigsäure aus essigsaurem Natron in Freiheit. Andererseits zeigt auch der salzsaure Auszug des Labmagens vom Kalbe dieselbe Eigenthümlichkeit; er setzt nicht mehr so viel Essigsäure aus essigsaurem Natron in Freiheit, wie die Salzsäure vor ihrer Behandlung mit der Magenschleimhaut. Behandelt man diesen Auszug zur Entfernung der Salzsäure mit kohlensaurem Silberoxyde, alsdann mit Schwefelwasserstoff zur Entfernung des überschüssigen Silbers und endlich nach dem Eindampfen mit siedendem Alkohol, so erhält man ansehnliche Mengen von Leucin und Tyrosin, welche Richet als in frischer Magenschleimhaut präformirt ansieht. Die Salzsäure des Magensaftes sei also an diese Amidosäuren gebunden. (Compt. rend., Bd. 77, Nr. 10.) —

Während man in Deutschland allenthalben daran geht, nach der einen oder der anderen Methode irreponible Brüche zu operiren und Erfahrungen über die Heilungsdauer zu sammeln, beschäftigt sich der gewandte Operateur des Londoner Kings-College-Hospital, Mr. Wood, ausschliesslich mit der Radikaloperation reponibler Brüche. Seine Methode hiebei besteht darin, dass er mittelst einer geöhrten Nadel, die einen dicken Silberdraht trägt, den blossgelegten und invaginirten Bruchsack sammt den Bauchdecken zwei Mal durchsticht und dadurch den Leistenring selbst umschnürt. Hierauf wird der Draht noch einmal um den Bruchsackkegel geführt, damit derselbe am Zurückgleiten gehindert werde. Die beiden Draht-Enden werden dann in einander verschlungen und die gespaltene Hodensackhaut wird wieder vereinigt. Wood modifizirte demnach bloss das Verfahren der Invagination nach Gerdy, indem er 1) die Operation nicht subkutan ausführt und 2) zur Vorsicht auch den Bruchsackkegel selbst umschnürt. Bei der ausserordentlichen chirurgischen Technik, welche Wood entfaltet, macht die ganze Operation einen sehr gefälligen Eindruck und pflegt von ihm in 10—15 Minuten vollendet zu sein. Wood hatte diese Operation bis zum Oktober vorigen Jahres 250 Mal ausgeführt; 175 Operationen hievon hatten den Erfolg für sich, dass der Bruch nicht mehr heraustrat; in den übrigen Fällen wurde durch den operativen Eingriff keine Verschlimmerung sondern eher eine Besserung erzielt; 3 Fälle verliefen unglücklich und zwar kam es in dem ersten durch Pyämie, im zweiten durch Rothlauf und im dritten durch Peritonitis — die aber nicht im direkten ursächlichen Zusammenhange mit der Operation stand — zum tödtlichen Ausgange. Die gewichtigen Gründe, welche den so gewissenhaften Operateur veranlassen konnten, diese Operation wieder aufzunehmen, lassen sich wohl in folgende zwei Punkte zusammenfassen: 1) hat Wood die Ueberzeugung, dass durch die Radikaloperation in der Mehrzahl der Fälle ein sicherer Verschluss der Bruchpforte erzielt werde, während Bruchbänder nur in wenigen Fällen das leisten können, was sie sollen; 2) liegt es in den Bestrebungen Wood's, durch die frühzeitige Radikal-Operation die Zahl der späteren Komplikationen überhaupt, insbesondere der Verwachsungen des Bruchsackes mit dem Darme und der Einklemmungen, auf ein Minimum zu reduziren. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1878, 10. August.) —

Die Selbst-Inokulation vegetabilischer Haut-Parasiten bespricht Edw. Wigglesworth im Archiv of Dermato-

logy etc., 1878, January. Die bezüglichen Inokulationen wurden auf der unversehrten Haut, auf dem blossgelegten Korium oder Rete oder in die Follikel hinein vorgenommen. Längere Kontaktwirkung mit einer Pilzmasse oder einem Stücke erkrankter Haut wurde mittelst eines durch Heftpflasterstreifen befestigten Uhrglases erzielt, unter welchem sich dann die genügende Wärme und Feuchtigkeit entwickelte und die betreffende Hautpartie sowie auch das Inokulations-Material am besten geschützt blieb. Zahlreiche und mehrfach modifizirte Versuche ergaben, dass die Inokulation vegetabilischer Hautparasiten nicht immer ein positives Resultat erzielt. Eine gesunde Haut kann der Einwirkung leichterer Mykosen widerstehen, während die energische Einwirkung schwerer Formen bei demselben Individuum erfolgreich wirkt. Obgleich in irgend einem Wachsthum-Stadium eine Form vorübergehend einer anderen gleichen kann, spricht Verf. sich doch sehr bestimmt gegen eine klinische Identität der verschiedenen Hautmykosen aus.

Knowsley Thornton, der Nachfolger von Spencer Wells im Samaritan free Hospital, hat auf dessen Empfehlung nach Nunn's Vorgang zur Behandlung von chronischer Blasenreizung, wie solche nach der Ovariotomie zurückbleiben kann, Chininlösung gebraucht. In zwei Fällen, welche bis dahin jeder Behandlung spotteten, erwies sich eine mit Zusatz von einigen Tropfen Schwefelsäure bereitete Chininlösung von 2 Gran auf die Unze (= 0.12 : 30.0 = 0.4 pCt.), von welcher 3 Unzen (= 90.0) in die Blase eingespritzt und theilweise dort zurückgelassen wurden, schon nach einmaliger Applikation als überaus erfolgreich. — Daneben glaubt jedoch Verfasser, dass eine derartige Blasenreizung in der Regel von der Manipulation mit unreinen Kathetern von Seite des Wartepersonals abhängt, da er, seitdem er hierauf seine spezielle Aufmerksamkeit richtete, diese Affektion nicht wieder beobachtet hat. (The Lancet, 1878, June 1. p. 786.) —

Betreffs des plötzlichen Todes in Folge von Diabetes gelangt Dr. Cyr zu folgenden Schlüssen: Dieser plötzliche Tod gehört zwar nicht zu den sehr häufigen Erscheinungen, ist aber auch nicht so selten, wie man gewöhnlich anzunehmen pflegt. Er erfolgt unter diesen Umständen entweder dadurch, dass sich der im Organismus vorhandene Zucker in Aceton umwandelt, welches eine der durch Chloroform bedingten gleichende Vergiftung hervorruft, — oder dass der Zucker in nicht genügender Menge ausgeschieden dadurch das Blutserum in seiner Zusammensetzung alterirt und das Leben der Blutkörperchen unmöglich wird. Auch in einer Retention der Extraktivstoffe des Urines oder in einer Zurückhaltung der wässerigen Bestandtheile desselben, wodurch einestheils eine Vergiftung — worüber jedoch bis jetzt noch Zweifel herrschen — anderentheils Hydrops der Hirnventrikel oder Gehirn-Oedem zu Stande kömmt, kann die Todesursache gesucht werden. Als solche gilt endlich noch die von dem bestehenden Marasmus abhängige Herz-Adynamie sowie vielleicht auch Gehirn-Anämie. (Archiv. générales de Médecine, 1878, Jan.) —

Die methodische Einreibung mit Schmierseife empfiehlt gegen chronische Lymphdrüsen-Leiden Dr. Kappesser in der Berliner klinischen Wochenschrift, 1878, 6. Bei einem Kinde von neun Jahren, welches an skrophulösen Augenentzündungen und Schwellung der Lymphdrüsen am Halse und hinter den Ohren litt, wurden wegen Krätze durch längere Zeit regelmässig Einreibungen mit Schmierseife vorgenommen. Nach Heilung der Krätze waren auch die skrophulösen Augen- und Lymphdrüsen-Affektionen geschwunden. In Folge dieser Beobachtung nun wendete Verf. die Einreibungen mit Schmierseife noch in drei Fällen von Skrophulose bei Kindern im Alter von 3 bis 1 Jahren an und zwar 2 Mal wöchentlich Einreibung der hinteren Körper-Oberfläche. Abwaschen nach zehn Minuten. Es waren dies ähnliche Fälle wie der erste mit Augen-Entzündungen und Drüsen-Eiterungen. Einer dieser Fälle war ein besonders schwerer. Der Erfolg war in allen ein sehr guter, das Allgemeinbefinden besserte sich rasch und die örtlichen Affektionen heilten bald. Es würden somit weitere Versuche mit dieser einfachen Behandlungsweise sehr zu empfehlen sein. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 38.

Erlangen, am 21. September 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber Schweisssekretion. Zur Syphilisbehandlung. Ueber Pruritus. Nerven-Naht und Nerven-Degeneration. Endoskopische Untersuchung der Harnröhre beim Tripper. Metalloskopie und Metallotherapie. Ueber primäre Nierencirrhose. Resultate aus Versuchen an nach der Thoraxparakentese entstehenden Infarkten. Neues Bruchband. Hadern-Krankheit und Milzbrand.

Einer jüngsten und interessanten Arbeit „über die Sekretion des Schweisses von Dr. Albert Adamkiewicz“ (Berlin, 1878) entnehmen wir in Kürze folgende Mittheilung über den erwähnten Gegenstand: I. Bei der einen Kategorie von Drüsen wirkt der Blutdruck als Quelle der Absonderung. Hier beeinflussen die Nerven die Thätigkeit der Drüsen nur insoferne, als sie den Blutzufluss zu ihnen verändern. Bei der zweiten Kategorie von Drüsen regen die Nerven direkt und ohne Vermittlung des Blutes die Funktion derselben an. Die Erfahrung hat gelehrt, dass diejenigen Drüsen, welche durch Vorstellungen in Thätigkeit gesetzt werden, wie die Speichel- und Thränen-Drüsen, unter dem direkten Einflusse von Nerven stehen, nicht unter dem des Blutdruckes. Verf. hat auf Grund dieser Erfahrungen annehmen zu müssen geglaubt, dass auch die Schweissdrüsen zu dieser Art direkt innervirter Drüsen gehören, da ja auch die Schweissabsonderung durch psychische Vorgänge hervorgerufen zu werden pflegt. Er hat, um diese Vermuthung zu prüfen, Versuche an Menschen wie an Thieren angestellt und Folgendes über die Reiz-Quellen und den Nerven-Apparat der Schweiss-Absonderung gefunden: 1) Die Erregung motorischer Nerven und die direkte sowie willkürliche Erregung der Muskeln ruft Schweissabsonderung hervor. Letztere erfolgt an gewissen Prädilektionsstellen (Fusssohlen, Handflächen, Gesicht) im Verbreitungsbezirke der gereizten Nerven oder im Gebiete der kontrahirten Muskeln. Stets findet aber auch gleichzeitig eine solche Absonderung auf der anderen nicht gereizten Körperhälfte an einer Stelle Statt, welche der durch Nerven- oder Muskel-Erregung zum Schwitzen veranlassten genau symmetrisch gelagert ist. Dieses eigenthümliche Verhalten der Schweissdrüsen hat Verf. dazu benützt, den Einfluss der Blutzirkulation auf die Schweiss-Absonderung zu prüfen, indem er bald in einer und bald in der anderen Extremität den Blutstrom unterbrach und sah, ob bei einseitiger Erregung von motorischen Nerven auch jetzt noch die Schweissabsonderung doppelseitig erfolgte. Dies war nun in der That der Fall und die Absonderung erfolgte beiderseits genau zu derselben Zeit. Daraus folgt, dass die Absonderung des Schweisses unabhängig ist von der Cirkulation des Blutes. — 2) Entwickelt der Verfasser den physischen Einfluss der Muskel-Kontraktion auf die Schweisssekretion und gelangt im Verfolge dieser Entwicklung dazu, den Einfluss peripherischer, die sensiblen Nerven der Körperoberfläche erregender Reize auf die Schweissabsonderung zu untersuchen. Dabei findet er nun, dass Reizung der Haut mittelst elektrischer Ströme die Schweiss-Absonderung mit und ohne Unterbrechung des Kreislaufes reflektorisch erregt. Diese reflektorische Absonderungs-Erregung folgt nicht den für die gewöhnlichen Reflexe giltigen Gesetzen, sondern nur einem einzigen Gesetze, das

auch für eine einzige Kategorie von der Schweissabsonderung, in Bezug auf ihre Abhängigkeit von seelischen Vorgängen, ähnlichen Vorgängen gilt. Das Gesetz, nach welchem die reflektorische Schweissabsonderung erfolgt, lautet: Die Sekretion des Schweisses erfolgt beim Menschen stets bilateral und symmetrisch so wie unabhängig von dem Orte, an welchem der Reiz gewirkt hat. Von den thermischen Reizen ruft nur der Reiz der Wärme Schweissabsonderung hervor, nicht der der Kälte, obgleich diese Muskeln sehr viel kräftiger reflektorisch erregt, als die Wärme. — 3) Im dritten Abschnitte seiner Monographie erinnert Verf. daran, dass die Innervationen centripetaler und centrifugaler Nerven denen der rein centralen Nervenbahnen materiell identisch sind, und dass demgemäss von den Erregungen rein centraler Nerven dieselben Effekte zu erwarten sein müssen, wie von der Erregung der beiden anderen. Als Reiz für centrale Bahnen benützt er die Vorstellung und zeigt, dass man ängstliche Personen experimentell durch Erregung von Schreck zum Schwitzen bringen kann, worüber das Nähere im Originale nachzulesen wäre. — II. In der zweiten Hälfte der Monographie, „Ganglien und Nerven der Schweissabsonderung", zieht Verf. aus den eben geschilderten Erfahrungen den Schluss, dass Centren der Schweisssekretion sich dort befinden müssen, wo Vorstellungen entstehen, auf der Oberfläche des Gehirnes, sowie dort, wo sensible Nerven enden, also im Verlaufe des ganzen Rückenmarkes. Der Umstand aber, dass sekretorische Funktionen mit motorischen koinzidiren, lässt auf die anatomische Koincidenz der sekretorischen mit dem motorischen Nervenapparate schliessen. Um diese Schlüsse zu prüfen, hat Verf. Versuche an jungen Katzen angestellt und in Kürze Folgendes gefunden: Reizt man Extremitäten-Nerven, so schwitzen die Ballen der tetanisirten Pfoten. Durchschneidet man den Plexus brachialis und reizt sein centrales Ende, so schwitzt die entgegengesetzte Pfote. Dies geschieht noch dann, wenn das ganze Rückenmark bis auf die Strecke, aus welcher das Armgeflecht entspringt, zerstört ist. Der analoge Versuch gelingt auch an den Hinterpfoten nach Trennung des Lendenmarkes vom Brustmarke. Er gelingt aber nicht mehr, wenn man das Lendenmark bis zum 4. Lendenwirbel hin zerstört hat. — Reizt man das Lendenmark direkt, so schwitzen die tetanisirten Hinterpfoten auch dann, wenn die zu ihnen tretenden hinteren Rückenmarks-Wurzeln durchschnitten sind. — Wird das centrale Ende eines Plexus brachialis erregt, so schwitzt nicht nur die entgegengesetzte Vorderpfote sondern auch die Hinterpfote derselben Seite, und dies geschieht noch dann, wenn das ganze Lendenmark zerstört ist. Dieser Versuch gelingt aber nicht mehr, sobald ausser dem Lendenmarke noch das untere Ende des Brustmarkes, in der Ausdehnung 3 Wirbel vernichtet ist. — Endlich kann man alle vier Pfoten eines Kätzchens von dem verlängerten Marke aus zum Schwitzen bringen und es gelingt selbst noch, die Schweissdrüsen der Hinterpfoten in Thätigkeit zu setzen, wenn man das Rückenmark tetanisirt, nachdem alle Eingeweide mit dem sympathischen Nerven aus dem Unterleibe des Thieres herausgenommen sind. — Aus allen diesen Versuchen ergibt sich folgendes Schema der Schweissnerven: „Der Nerven-Apparat der Schweiss-Absonderung nimmt wahrscheinlich an der Oberfläche des Gehirnes seinen Anfang. Die Nerven steigen jedenfalls durch das verlängerte Mark in das des Rückens herab. Hier treten sie mit Absonderungs-Ganglien *in* Verbindung, die nahezu durch das ganze Mark zerstreut sind. Diese Centren liegen wahrscheinlich in den Vorderhörnern der grauen Substanz und an denjenigen Stellen derselben, an welchen sich auch motorische Ganglien analoger Gebiete der Peripherie befinden. Sekretions-Fasern verlassen im Vereine mit motorischen Nerven durch vordere Wurzeln das Rückenmark und gehen zu denselben Bezirken. Für die Hinterpfoten des Kätzchens trägt der ischiadische Nerv, ausserdem der Sympathikus aus höher gelegenen Stellen des Markes Sekretionsfasern zu. Dieses Ergebniss wird durch einige klinische Erfahrungen vom Verf. unterstützt. —

Obwohl die Vortheile und der Nutzen der Einreibungskur bei Behandlung der Syphilis im Allgemeinen unbestreitbar ist, so bringt dieselbe doch für viele Fälle Missstände mit sich, welche bei der Einreibungs-Kur vermieden werden können. Als solche Inkonvenienzen hebt Dr. W. Mandelbaum zu Odessa folgende hervor: 1) Der Zeitverlust und der Kraftaufwand, welchen die Einreibungen benöthigen. 2) Die absolute Un-

chführbarkeit der Einreibungen für viele nke aus sozialen Rücksichten der verdensten Art. 3) Die Beschmutzung der – und Bett-Wäsche (ein Einwand, der entlich von französischen Aerzten wiedert gemacht worden ist). 4) Stomatitis ist tz aller Vorsicht bei der Einreibungskur ufiger und nachhaltiger als bei der Injekmskur. 5) Bei der Einreibungskur wird ufigeres Baden nothwendig, das in vielen llen aus verschiedenen Gründen nicht mögh oder auch nicht räthlich ist. 6) Sind ufig die meisten Stellen der Haut mit yphiliden bedeckt, welche eine Einreibungsur wegen des stattfindenden Reizes nicht estatten. 7) Die Menge des einverleibten uecksilbers ist ungleich und nicht leicht zu erechnen. Auch die Wirkung der Salbe ist ngleich und bewirkt dieselbe bei manchen ndividuen heftige Dermatitis. Alle diese Uebelstände fallen nur bei den Einspritzungen weg; die Behandlung damit st rasch, rein und billig; auch weiss man genau, wie viel der Kranke Quecksilber erhalten hat, und dass die Dosis thatsächlich dem Kranken einverleibt worden ist. Die Syphilis-Erscheinungen schwinden bei der subkutanen Methode schneller als bei jeder anderen. Nach Prof. Lewin betrug vor Einführung seiner subkutanen Methode die durchschnittliche Behandlung in der Charité 10 Wochen, nach der Einführung jedoch nur 4 Wochen. Nach Prof. Sigmund ist die durchschnittliche Behandlungsdauer nach der Injektionskur ebenfalls eine kürzere. Nach den Protokollen des Krankenhauses zu Odessa erhielt Mandelbaum dasselbe Verhältniss der Behandlungsdauer wie Lewin. Es stellte sich nämlich heraus, dass im Durchschnitte die Behandlung bei der Anwendung von Einreibungen oder Pillen 58 Tage dauerte, bei den Injektionen jedoch nur 24 Tage. Bei vielen und zwar schweren Fällen waren schon 12—15 Einspritzungen genügend, um sämmtliche Symptome der Syphilis zum Schwinden zu bringen; bei anderen waren 20—24—30 Injektionen hiezu erforderlich. Häufig war schon nach 5—6 Injektionen eine ganz überraschende Besserung eingetreten und zwar bei solchen Kranken, welche schon vorher erfolglos 30 Einreibungen vorgenommen hatten. Mandelbaum hat die Fälle für Anwendung der Injektionen nicht ausgewählt, sondern in Fällen mit oder ohne Vernarbung des indurirten Geschwüres sowie in einem Falle von Paralyse der unteren Extremitäten in Folge von Neuritis ascendens syphilitischen Ursprunges günstige Erfolge erzielt. Wie diese Methode bei der Knochensyphilis wirkt, kann er vorläufig nicht entscheiden, auch betreffs der Recidive noch nicht anführen, ob die Resultate mit dem Hydrargyrum bicyanatum eben so günstig sind wie bei Lewin nach Anwendung von Sublimat, nämlich nur 40 pCt. gegen 80 pCt. nach anderen Methoden der Behandlung. — Einen anderen Vortheil der Injektionsmethode findet Mandelbaum in der Billigkeit und beruht die geringere Kostspieligkeit eines Theiles darin, dass die Medikamente sehr wenig kosten, anderen Theiles darin, dass die Behandlungsdauer wesentlich abgekürzt wird, sowie endlich darin, dass eine grössere Zahl von Kranken ambulatorisch behandelt werden kann, welche der Spitalkasse somit nicht zur Last fallen. Dagegen wird als Hauptnachtheil der Injektions-Methode die Schmerzhaftigkeit derselben hervorgehoben. Der Schmerz, welcher nach Anwendung des Bicyanuretum nicht so stark sein soll wie nach der Injektion von Sublimat, dauert jedoch annähernd eine Stunde. Verf. hat sich selbst zur Probe injizirt und muss zugeben, dass er eine halbe Stunde lang heftiges Brennen empfunden hat. Abszesse hat er nach Injektion von Sublimat nur 2 Mal, nach solcher von Bicyanuret jedoch niemals beobachtet. Eine Infiltration der Haut an der Einstichsstelle vermeidet Verf. durch sofortige Massage der Haut. Merkurielle Stomatitis kömmt bei der subkutanen Behandlung nicht häufiger vor, als nach Anwendung von Quecksilberpräparaten überhaupt, doch viel seltener als nach der Einreibungskur. Das Bamberger'sche Quecksilber-Albuminat sowie das Peptonquecksilber hat Mandelbaum wegen deren umständlicher Darstellung und geringen Haltbarkeit nicht angewendet. Er benützt zur Injektion eine Lösung von 18 Centigrammen Bicyanuretum hydrargyri auf 20 Grm. Wasser, von welcher Lösung er ein Gramm i. e. ein Centigramm des Bicyanuretes pro dosi — in manchen Fällen selbst 1,5 Grm. einspritzt, welche Dosis die von Sigmund angewendete (6 Milligramm) bedeutend übertrifft. (Vierteljahrsschrift f. Dermatologie und Syphilis, V 2.) —

In einer Mittheilung über Sensibilitäts-Neurosen der Haut bespricht Prof. Kaposi zunächst den Pruritus, jenes chronische

Hautleiden, welches sich einzig und allein durch die Monate und Jahre andauernde Empfindung des Juckens kund gibt, während auf der betroffenen Haut entweder keinerlei Efflorescenzen und anderweitige Veränderungen oder nur solche sich vorfinden, welche lediglich als Folgeerscheinung des Kratzens sich ergaben, zu welchem das Jucken jedes Mal Veranlassung gibt. Kaposi unterscheidet einen Pruritus universalis und localis. Betreffs des ersteren gibt er eine vortreffliche Schilderung der entsetzlichen, den Kranken zuweilen zur Melancholie und zum Selbstmorde führenden Qualen des besonders zur Nachtszeit auftretenden Leidens und geht nach Besprechung der objektiven Erscheinungen, unter denen nur unregelmässig zerstreute Kratz-Effekte, fahle, welke, wenig transpirirende Haut mit fettarmem Unterhautzellgewebe, in späteren Stadien allgemeiner Marasmus zu nennen sind, über zur Aetiologie, in welcher der Marasmus senilis ein hervorragendes Moment bildet. Der Pruritus senilis ist absolut unheilbar. Weitere Ursachen sind chronischer Gastricismus, vorwiegend bei Männern, Störungen der sexuellen Funktionen bei Frauen, sowie Schwangerschaft, wie ja bei einzelnen Frauen mit der Schwangerschaft wiederkehrend auch Pemphigus-Erkrankungen beobachtet werden. Ferner gehören hieher noch: Albuminurie, chronischer Morbus Brightii, Diabetes mellitus, Tuberkulose, Krebs der Leber, der Gebärmutter und des Magens sowie andere Neubildungen. Bei der Differentialdiagnose sind besonders die Urticaria chronica und der Pemphigus pruriginosus zu berücksichtigen. — Der Pruritus localis beschränkt sich fast immer auf die Genitalien und die Analgegend. Pruritus pudendorum muliebrium kann ebenfalls in Affektionen der Genitalorgane, bei Mädchen in Helminthiasis seine Ursachen haben; öfter hat ihn Kaposi durch mehrere Jahre als Vorläufer eines später zur Entwicklung gekommenen Gebärmutterkrebses beobachtet. Pruritus der männlichen Geschlechtstheile — wobei natürlich das auf Eczema scroti beruhende Jucken ausgeschlossen ist — ist selten und weit weniger intensiv und lästig als die bereits erwähnten Formen. Häufiger und unangenehmer ist das Jucken am After, welches oft von Varikositäten der Rektalvenen abhängt, somit nicht rein neurotischer Natur ist, ebenso wie Unterschenkel-Varicen von Jucken begleitet zu sein pflegen. Seltenere Vorkommnisse sind Pruritus palmae manus et plantae pedis, stets beiderseitig auftretend und theils mit, theils ohne gleichzeitig vermehrte örtliche Schweiss-Absonderung; noch seltener ist der Pruritus der Zungenschleimhaut. Schliesslich ist noch eine von Louis A. Duhring als Pruritus hiemalis bezeichnete Form zu erwähnen, welche nach diesem Autor nur die unteren Extremitäten betreffen soll, nach des Vfs. Beobachtungen jedoch sich auch über den ganzen Körper ausbreitet, um in der milderen Jahreszeit wieder zu verschwinden. Während Duhring die Kälte als die direkte Ursache des Hautleidens auffasst, glaubt Kaposi die durch dieselbe hervorgerufene trockene und rauhe Beschaffenheit der Haut als eigentliche Ursache ansehen zu müssen, ebenso wie sich derselbe Zustand auch unter anderen Umständen ausbildet, in welchen die Haut konsequent entfettet, trocken und spröde wird (z. B. tägliche kalte Abreibungen und Abseifungen). — Bezüglich der Behandlung — abgesehen von der einzuschlagenden Kausaltherapie — ist zunächst zu bemerken, dass der Theer vollständig wirkungslos ist. Von einiger Wirkung sind kalte nasse Einhüllungen, Douchen, Waschungen mit Essig, Alkohol oder Aether, mit oder ohne Zusatz von Karbolsäure, Salicylsäure oder Kreosot (Acid. carbol. 1.5, Spirit. vini gallici 300.0, Glyzerini 5.0 Grm. oder Aetherei petrolei 5.0, Spirit. vini gallici 300.0, Glyzerini 5.0 Grm.). Zuweilen wirken auch warme Bäder ohne oder auch mit Soda oder Sublimat günstig. Bei dem Pruritus der weiblichen Genitalien ist auch die Methode der kontinuirlichen Abkühlung mittelst Scheidenkühler beachtenswerth. Von innerlichen Mitteln gegen den Pruritus universalis und localis (auch senilis) sah Kaposi, wenn auch vorübergehende, so doch unzweifelhafte Erfolge von der Karbolsäure (in Pillen 0.5—1.0 Grm.) als tägliche Gabe. (Schmidt's Jahrbücher etc., 1878.)

Die von der Berliner mediz. Fakultät gekrönte Preisschrift Dr. Th. Gluck's über die Frage der Nerven-Naht und der Nerven-Regeneration zerfällt in einen histologischen und einen physiologischen Theil. Als Untersuchungs-Nerven benützte Verf. den Ischiadikus des Huhnes und den Vagus des Kaninchens. Die Adaptation der Nerven-Enden erfolgte durch eine vor der Durchschneidung angelegte Katgut-Naht,

che entweder nur das Paraneurium oder h den Nerven selbst durchstach. In einer he von Versuchen wurde die Kontinuität urch erhalten, dass das Paraneurium mög- ıst nicht mit durchtrennt wurde. Während der Resektion eines Nerven-Stückes es der bekannten Degeneration des peripheri- en Rumpfes kommt, erfolgt bei genauer aptation der Nerven-Enden überhaupt keine generation, sondern nahezu prima Intentio. hon nach neun Stunden wurden reihen- rmig angeordnete granulirte Spindelzellen t deutlichem Kerne in der Narbe in spär- her homogener Intercellularsubstanz beob- htet. Am 9. Tage sah Gluck zuerst amye- e Nervenfasern die Verbindung herstellen, elche er im Gegensatze zu Eichhorst cht aus den centralen Axenzylindern her- rwachsen, sondern in loco aus den Spindel- llen entstehen lässt. Für die genauen histo- gischen Angaben verwiesen wir auf das riginal. — Im physiologischen Theile liefert erf. den durch isolirte elektrische und mecha- ische Reizung des Nerven oberhalb der arbe über allen Zweifel erhabenen Nach- eis, dass beim Huhne schon nach 70 Stun- en die Nerven-Narbe leitungsfähig geworden t, zu einer Zeit also, in welcher ein histo- gischer Nachweis von Nervenfasern in der- elben nicht gelingt. Es ist desshalb das eugebildete Granulations-Gewebe als leitungs- ähig anzusehen. Auch am Vagus des Ka- inchens wurde der funktionelle Nachweis er prima Intentio geliefert, indem es gelang, cht Tage nach Anlegung der Nerven-Naht es einen Vagus durch Durchschneidung des nderen Vagus den Beweis der erfolgten Ver- einigung des ersteren zu liefern, da die Thiere nachher noch 80—90 Stunden am Leben blieben. (Virchow's Arch., 72. Bd., 4. Hft.)

Bei der 50. Versammlung deutscher Natur- forscher und Aerzte sprach Dr. Grünfeld aus Wien über die endoskopische Un- tersuchung der Harnröhre beim Trip- per. Nach ihm ist unsere Kenntniss dieser Affektion, so häufig dieselbe vorkommt, doch noch ziemlich mangelhaft und Eintheilung, Verlauf, Ausgang und Komplikationen der- selben erheischen noch dringend eine Er- gänzung ebenso wie die therapeutischen Ein- griffe nur selten mit jener Präzision gehand- habt werden, als an einer verwandten Schleim- haut, z. B. der Konjunktiva. Die Eintheilung in Katarrh und Tripper, in akuten und chro- nischen Tripper geht von keinem zuverlässigen Eintheilungsgrunde aus. Auch der Vorschlag, mit Gonorrhoe jene Formen zu bezeichnen, bei welchen unverkennbar Infektion Statt hatte, und mit Urethritis alle entzündlichen Ausflüsse aus der Harnröhre zu bezeichnen, die einen anderen Ursprung haben, hat kei- nerlei wissenschaftliche Begründung. Das Studium der einzelnen Formen von Urethritis, analog dem der Syndesmitis, ist wohl unver- gleichlich schwerer; gleichwohl darf man sich heutzutage nicht begnügen, eine Krankheit mit einem Kollektivnamen abzuthun. Schon Desormeaux zeigte mit seinem etwas kom- plizirten Endoskope, dass es mehrere Formen des Trippers gebe, und lehrte auch das Ver- hältniss des Trippers zur Striktur. Mit seinem vereinfachten Apparate gelang es dem Redner, noch weitere Formen des Trippers ausfindig zu machen, wobei er neben Desormeaux auch die schätzenswerthen bezüglichen Arbei- ten von Tarnowski, Fenger, Ebermann und ganz besonders Berkeley Hill benützte. Untersucht man mit Hilfe des Endoskopes den Urethralkanal bei Gegenwart eines unter akuten Erscheinungen beginnenden Trippers, so findet man am Visceralende des endosko- pischen Tubus ein höchst charakteristisches Bild: Das Sehfeld ist von einer dicken Schichte gelbgrünen Eiters bedeckt. Nach Beseitigung desselben überzeugt man sich, dass der so- genannte Trichter fehlt; die centrale Figur ist unregelmässig mehrzackig, oft nur durch einen Punkt ersetzt, von dem 2 oder 3 Zacken auslaufen. Die Schleimhaut, demgemäss in Form von Wülsten in das Lumen des Tubus prominirend, zeigt eine gleichmässig rothe, dunkelrothe oder bläulichrothe Färbung; die Oberfläche ist glatt, glänzend, nur hie und da einzelne Defekte des Reflexes (oberfläch- liche punktförmige Substanzverluste) bietend. Der Druck des Tubusrandes bewirkt zufolge der Verdickung und verminderten Konsistenz der Harnröhren-Schleimhaut eine mehr weni- ger tiefe kreisförmige Rinne, die bei Nach- lass des Druckes rasch schwindet. Jede mechanische Beleidigung der Schleimhaut (mit dem Wattetampon) ruft eine Blutung hervor. Verf. bezeichnet diese Form als Urethritis blennorrhoica. — Bei anderen mit heftigen Erscheinungen auch der umgeben- den Organe einhergehenden Tripperfällen findet man den Vorgang bloss auf eine umschriebene Partie beschränkt; der geringe Eiter fest- haftend, seine Beseitigung Blutung hervor-

rufend; parallel mit der Achse der Harnröhre findet man auf der Schleimhaut mehrere graue oder grünlich-weisse Streifen festhaftenden Exsudates; mangelhafter endoskopischer Trichter und Rigidität der Wandungen; die Exsudat-Plaques können bis an die Gränzen verfolgt werden. Man findet ein Stadium infiltrationis und ein Stadium blennorhoicum und Redner bezeichnet diese Form als Urethritis membranacea. — Eine weitere Form des Trippers, der mit mässigem Ausflusse etc. beginnt, zeigt bloss eine stärker geröthete Schleimhaut und können einzelne Blutgefässe zur Ansicht gebracht werden; die Schleimhaut erscheint wenig geschwellt und verdickt. In manchen Fällen ist bloss ein hyperämischer Zustand zu beobachten und sind dies Formen, welche als Urethritis simplex aufzufassen sind. — Die Urethritis granulosa — welche schon Desormeaux beobachtete — zeigt ein Bild analog dem der Syndesmitis granulosa: die Affektion ist umschrieben und bald nur auf eine Wand beschränkt, bald die ganze Peripherie betreffend, die centrale Figur eirund und etwas kürzer, die Schleimhaut, gleichmässig geröthet, zeigt weder Gefässe noch Falten, dagegen einzelne punktförmige Erhabenheiten, welche durch den Reflex zur deutlichen Auffassung gelangen. Die ganze Fläche zeigt ein sammtartiges Aussehen; die Berührung mit dem Wattetampon ruft zuweilen leichte Blutung hervor. Morgagni'sche Taschen konnten bisher auf der durch Granulationen alterirten Fläche nicht gesehen werden. Die Urethritis granulosa ist die häufigste Ursache des sog. chronischen Trippers. — Von den mit Geschwürsbildung einhergehenden Urethritis-Formen wären anzuführen die Urethritis phlyctaenulosa oder herpetica — eine Form, die unter sehr mässigen Erscheinungen auftritt und den üblichen Medikationen oft hartnäckigen Widerstand bietet. Mit Hilfe des Endoskopes sieht man einzelne kleine kreisrunde Geschwürchen, die durch den scharfen Rand und die Farbendifferenz auffallen. Die Geschwürchen nehmen gewöhnlich an Ausdehnung zu, ändern hie und da auch ihre Form. Lokale Aetzung mit dem Lapisstifte erzielt rasche Heilung. — Urethritis mit Schankergeschwüren beobachtet man relativ häufig in der Nähe der Mündung der Harnröhre, doch muss hier ein sehr dünnes Endoskop gewählt werden. — Bei Harnröhren-Strikturen findet man zuweilen Erosionen und Geschwüre; letztere sogar mit zapfenförmig in das Lumen der Harnröhre hineinragenden Schleimhaut-Stückchen. — Endlich findet man bei dem sog. chronischen Tripper (mässiger Tropfen des Morgens, Verklebung des Orificium und Filamente in Urine) keine andere Erscheinung in der Harnröhre als Entzündung der Morgagni'schen Taschen, zuweilen auch der Cooper'schen Drüsen. — Zu erwähnen ist noch ein andauernder Tripper, der durch die Anwesenheit von Polypen in der Harnröhre bedingt wird. Dies sind nach Grünfeld die Formen des Harnröhren-Trippers, welche man mit dem Endoskope festzustellen vermag. Reder bemerkt zum Schlusse noch, dass nur die einfachste Methode der Endoskopie diese Resultate zu Tage fördern half, während man mit den komplizirten Methoden bei vielen nicht im Stande ist, in allen den genannten Fällen Aufschluss zu erlangen. (Allgem. med. Centralzeitung, 1878, 14. August.)

Metalloskopie und -Metallotherapie bespricht Prof. M. Charcot zu Paris in der Gazette des Hôpitaux, 1878, 28—31. Nach ihm sind die zwei Fundamentalpunkte der neuen Doktrin die metallische Idiosynkrasie, nach welcher nur das zur Hervorrufung gewisser Effekte geeignete Metall, welches immer dasselbe bleibt, bei einem und demselben Individuum nur denselben Erfolg hervorruft, jedoch je nach den verschiedenen Individuen variirt, und die nothwendige Beziehung, welche zwischen den physiologischen Wirkungen bei der äusseren Applikation und der Heilwirkung bei der innerlichen Verabreichung desselben Metalls besteht. Die äussere Applikation der Metalle auf den Körper des Kranken wird als Metalloskopie, die innerliche Verabreichung desjenigen Metalles, welches bei seiner äusseren Anwendung einen physiologischen Effekt hervorgerufen, wird als Metallotherapie bezeichnet. Die metallische Idiosynkrasie wird auf empirischem Wege ermittelt; man versucht mehrere Metalle und beginnt gewöhnlich mit dem Eisen, das am häufigsten gewisse Erscheinungen der Hysterie zu modifiziren vermag, geht dann über zum Zink, Kupfer, Gold u. s. w. Man legt nun ein Stück Metall auf diejenige Seite der Kranken, welche von vollständiger Hemi-Anästhesie befallen ist; es wird hiezu gewöhnlich der Vorderarm verwendet. Ist die Kranke auf das aufgelegte Metall empfind-

, so kann man nach Verlauf von einigen kunden bis 15 oder 20 Minuten die Rückr der Empfindlichkeit konstatiren; zugleich rd die Haut roth und auf Nadelstiche folgt chliche Blutung, was früher nicht der Fall r; auch mit dem Dynamometer ist eine nahme der Kraft des Armes nachzuweisen. sst man nun das applizirte Metall weiter gen, so tritt wieder vollständige Empfindgslosigkeit auf, wird jedoch dasselbe nach m Wiedererscheinen der Empfindlichkeit tfernt, so kann dieselbe einige Stunden bis 1—2 Tagen andauern, ja sich sogar auf e ganze hemianästhetische Seite ausbreiten. ie Erscheinung ist jedoch bei den Hysterichen vorübergehend, die Anästhesie kehrt ieder zurück. — Tritt bei einer Hysterischen nter dem Einflusse eines Metalles auf einer telle der anästhetischen Seite die Empfindchkeit zurück, so kann man auf der symnetrischen Stelle der anderen Seite vollständige Empfindungslosigkeit konstatiren. Diese Wahrnehmung, welche als „Phénomène de ransfert" bezeichnet wird, sowie auch das Verschwinden der hysterischen Amblyopie, verbunden mit Achromatopsie d. h. Einengung des Gesichtsfeldes für die Farben, lassen nach Charcot Simulation vollständig ausschliessen. Man ist fernerhin mittelst der Metalloskopie im Stande, eine latente Hysterie zum Vorscheine zu bringen. Sind nämlich bei einer Hysterischen die krankhaften Erscheinungen durch die Behandlung geschwunden, so können dieselben, wenn die Kranke sich noch unter dem Einflusse der hysterischen Diathese befindet, wenn sie also noch nicht vollständig geheilt ist, durch die Applikation des Metalles wieder hervorgerufen werden; man hat also in der Metalloskopie ein Kriterium, um über die vollständige Heilung der Kranken ein Urtheil abzugeben. — Was die physikalische Erklärung der Erscheinungen betrifft, so fand M. P. Regnard, dass äusserst schwache elektrische Ströme dieselbe Wirkung hervorrufen. (Die Behauptung Burg's, dass das Metall, welches die Sensibilität der anästhetischen Theile des betreffenden Kranken wieder herstellt, innerlich gereicht auch auf den Allgemeinzustand heilend einzuwirken vermag, bedarf noch der Bestätigung. — Ref.)

In Beiträgen zur Pathologie der Nieren und des Harnes bespricht (in Virchow's Archiv, 73. Bd., Seite 1) Prof. Dr. Senator die typische Form der primären Nieren-Cirrhose und erklärt als charakteristisch für die durch sie bewirkte Störung der Funktion das Erscheinen einer abnorm grossen Menge eines blassen, klaren, spezifisch leichten und bald viel, bald wenig, bisweilen selbst gar kein Eiweiss enthaltenden Urines. Sedimente fehlen meist. Morphotische Bestandtheile sind, wenn vorhanden, nicht von derselben Bedeutung wie bei der akuten oder chronischen parenchymatösen Nephritis. Von den beiden charakteristischen Symptomen ist das des Erscheinens einer vermehrten Menge dünnen Harns konstanter als der Eiweissgehalt, der sogar ganz fehlen kann. Die spezifischen Harnbestandtheile, obenan der Harnstoff, sind nicht vermindert. Gewöhnlich besteht gleichzeitig Hypertrophie des linken Herz-Ventrikels und zwar mit oder ohne Dilatation. Das Letztere ist das Gewöhnliche. Aber es lässt sich klinisch nicht feststellen, ob diese Hypertrophie im Verlaufe der Nierenaffektion oder im Beginne derselben entsteht. Es wäre möglich, dass Nierenschrumpfung und Herzhypertrophie überhaupt in keinem kausalen Verhältnisse zu einander stehen und gemeinschaftliche Folgen einer und derselben Ursache sind. Es kommen daneben noch vor Entartungen der Arterienwände als Folge des erhöhten Seitendruckes. Von vielen Autoren wird ferner eine Hypertrophie der Muskelhaut in den Arterien bei interstitieller Nephritis verzeichnet. Schrumpfniere und einfache Hypertrophie wären zur Diagnose einer primären interstitiellen Nephritis zu verwerthen.

Nach der Parakentese des Thorax mittelst gewöhnlichen Trokar's entstehen bei Thieren angeblich regelmässig hämorrhagische Infarkte, welche nur linsengross sein, aber auch einen ganzen Lungenlappen einnehmen können, vorwiegend in den peripheren Theilen, namentlich an den Rändern und öfter im unteren als im oberen Lappen sitzen. Im Allgemeinen zeigen dieselben die Tendenz, sich allmählig zu vergrössern, so dass aus subpleuralen Ergüssen nach und nach interalveoläre und zuletzt alveoläre Extravasate entstehen. Den Moment und die Art dieser Infarktbildung zu studiren, verwendete Dr. G. Tizzoni auf Professor Mosso's Rath die künstliche Durchströmung der Lunge. Letztere wurde sammt Herz und

offener Trachea in ein luftdichtes Gefäss gethan, aus welchem drei Röhren je zur Vena cava superior, zur Aorta und zu zwei Mariotte'schen Flaschen führten, mittelst welcher letzteren man den auf der Lungen-Oberfläche lastenden Druck beliebig wechseln konnte. Defibrinirtes Hundeblut wurde unter 30 bis 40 Cm. Hg-Druck aus der Vena cava in das Herz und von diesem in die Aorta geleitet, während der auf der Lungen-Oberfläche wirkende Druck ein negativer war. Aenderte man letzteren in positivem Sinne zu 0,76, so fielen die Lungen zusammen und wurden stellenweise gesättigt roth, zuletzt schwarzroth, während andere Abschnitte ihr normales Aussehen behielten. Die verfärbten Stellen boten alle Kennzeichen des Infarktes, bildeten sich unmittelbar nach der Druckänderung und sind also nicht in der Weise zu erklären, dass in Folge der aus dem Lungen-Kollapse resultirenden Cirkulationsstörung einzelne Gefäss-Distrikte blutleer und in ihrer Ernährung so geschädigt werden, dass sie bei der Wieder-Ausdehnung der Lungen reissen und dadurch den Infarkt einleiten müssen. — Vorstehende Versuche erklären auch die dyspnoischen Zufälle und die Expektoration blutig gefärbter Sputa, welche nach plötzlich auftretendem Pneumothorax beobachtet werden, ohne dass man die Lunge irgendwie gerissen oder zertrennt fand, und fordern dazu auf, auch die Entleerung des flüssigen Pleura-Inhaltes wo möglich ohne Luftzutritt vorzunehmen. (Gaz. delle cliniche di Turino, 1877.) —

Im „Archive f. klinische Chirurgie" Bd. 22 Heft 3 empfiehlt Dr. Edel ein neues Bruchband. Bei demselben ist die Feder durch eine Kette ersetzt, welche aus einzelnen, gleichförmigen, dachziegelartig über einander gelagerten und durch Nieten mit einander verbundenen Gliedern besteht. Diese Kette liegt gleichmässig an, federt vollkommen und übt dabei genügenden Druck aus. Um aber die Beweglichkeit nach jeder Richtung hin, die in der That dabei stattfinden kann, etwas zu beschränken, wurden die einzelnen Glieder durch zungenförmige Fortsätze verbunden. Hiedurch wurde das Abweichen aus der horizontalen Lage verhindert: „Kettenbruchband mit Zungen". Endlich um doch einigermassen die Beweglichkeit in senkrechter Richtung zu gestatten, konstruirte Edel ein „Kettenbruchband mit Schuppen". Letztere sind durch kleine Nieten vereinigt und federn in horizontaler Richtung. In einem grösseren geschlossenen Ausschnitte der einzelnen Schuppe und zwar an der Basis derselben ist ein grösserer Niet befestigt, um welchen die Schuppe in senkrechter Richtung (allerdings beschränkt) sich bewegt. Der Preis dieses neuen Bandes weicht unerheblich von demjenigen der bisher bekannten Bruchbänder ab. —

Dr. A. Frisch hat einen Fall von sogenannter „Hadern-Krankheit" auf seine Verwandtschaft mit dem Milzbrande geprüft und ist zu dem Ergebnisse gekommen, dass zwischen beiden Affektionen eine vollkommene Uebereinstimmung bestehe. Er hat mit dem Blute der an Hadern-Krankheit verstorbenen Frau, das ihm mit Glyzerin vermengt zugekommen war, *Impf*ungen in die Hornhaut von Kaninchen vorgenommen und darauf dieselben sternförmigen, aus Stäbchen-Haufen zusammengesetzten Trübungen erhalten, welche nach seinen früheren Mittheilungen für Milzbrand-*Infektionen* kennzeichnend sein sollen. Ausserdem aber hat Frisch subkutane Injektionen mit jener Blut- und Glyzerin-Mischung angestellt, welche sämmtlich das vollendete Bild des Impfmilzbrandes hervorriefen. Die Kulturversuche der Hadern-Bacillen führten den Verf. zu den nämlichen Ergebnissen, wie sie *von Koch* angegeben worden sind; weder in ihren Stäbchenformen, in ihren Dauersporen, noch in ihrer Fähigkeit, sich zu bewegen, unterschieden sich die Bacillen des untersuchten Falles von dem ächten Bacillus anthracis. *Ob nun* eine wirkliche Identität oder nur eine überaus grosse Aehnlichkeit beider *pathogener* Schizomyceten vorliegt und ob dieser eine Befund ohne Weiteres für alle Fälle von Hadernkrankheit Geltung hat, — das lässt Dr. Frisch vorläufig noch dahingestellt. (Wiener medizinische Wochenschrift, 1878, 3—5.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 39.

Erlangen, am 28. September 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur pathologischen Anatomie des Trachomes. Plötzliche Todesarten im Kindesalter. Wirkung des Duboisin. Zur Behandlung von Magenfisteln. Ueber Gehirnerschütterung. Zur Behandlung der Hydrokele.

Dem „Berichte über die Sitzung der Heidelberger ophthalmologischen Gesellschaft am 12. und 13. August 1878“ entnehmen wir folgenden Vortrag des Prof. Iwanoff über die pathologische Anatomie des Trachomes: „Die von mir bis heute untersuchten hundert oberen Lider trachomatöser Augen, welche ich in Aegypten 1876 gesammelt, gaben mir Gelegenheit, in 70 derselben tubulöse Drüsen in verschiedenen Stadien der Entwickelung zu finden. Die Zahl dieser Drüsen variirte von einigen Dutzenden bis zu Hunderten in einem und demselben Lide. Im ersteren Falle befanden sich dieselben meist in der hinteren Partie der Konjunktiva, parallel mit der Uebergangsfalte; im letzteren Falle war die Konjunktiva des Oberlides in ihrer ganzen Ausdehnung von denselben besetzt. Eine so bedeutende Anzahl derselben stellt die Frage über ihre Existenz in pathologischen Fällen ganz ausser Zweifel und andererseits beweisen Beständigkeit und massenhafte Entwicklung derselben die grosse Bedeutung, welche dieser neue von keinem Kliniker oder pathologischen Anatomen bis heute erwähnte Faktor des trachomatösen Prozesses auf das Leben des mit dieser Krankheit behafteten Lides haben muss. — Meine Untersuchungen haben einstweilen mir nicht klar gelegt, ob die erwähnten Drüsen im akuten Stadium des Trachomes vor dem Erscheinen der ersten Granulationen eintreten, oder ob sie eine weitere Komplikation der betreffenden Krankheit vorstellen. In Berücksichtigung der Beständigkeit ihres Auftretens auf trachomatösen Lidern, ferner ihrer bedeutenden Zahl im Vergleiche zu der geringen Entwickelung der trachomatösen Körner, welche letztere in solchen Fällen gewöhnlich in verschiedenen Stadien ihrer Entwickelung vorgefunden werden, ist es kaum anders möglich als zu dem Schlusse zu kommen, dass letztere im Vergleiche zu ersteren nur eine vorübergehende Existenz haben — das trachomatöse Korn erscheint, hält sich einige Zeit und verschwindet später, während die Drüse, einmal entwickelt, hartnäckig und dauerhaft fortbesteht, so dass es sehr wahrscheinlich ist, dass namentlich durch sie die lange Dauer und die Leichtigkeit der Rezidive des trachomatösen Prozesses vermittelt wird. — Mit der Aufstellung dieser Bedeutsamkeit der trachomatösen Drüsen will ich indess keinesfalls die der Körner geschmälert wissen. — Beide bestehen vielmehr neben einander. Ich lege den Drüsen die besondere Wichtigkeit bei, dass auf Grund ihrer Entwickelung die Konjunktiva der Lider eine ganz eigenartige Beschaffenheit annimmt, indem dieselbe so zu sagen in trachomatösen Boden umgewandelt worden ist, in Folge wovon die einmal erkrankte Konjunktiva des Lides jetzt nach vorübergehender scheinbarer Heilung, wenigstens nach dem Verschwinden sämmtlicher Körner auf derselben, leicht auf jeglichen Insult durch neue Körnerentwickelung reagirt. Diese eigenartige, ganz spezifische Art und Weise ihrer Reaktion verdankt die Konjunktiva des trachomatösen Lides aller Wahrscheinlichkeit nach der Existenz jener

Drüsen. Gestützt wird diese Ansicht durch das Faktum, dass die neuen zelligen Infiltrationen bei akuten Rezidiven sich in der Umgebung der Drüsen bilden. So eine von zahlreichen Zellen umgebene Drüse hat sogar unter dem Mikroskope grosse Aehnlichkeit mit trachomatösen Körnern, um so mehr kann dieselbe bei klinischer Untersuchung dieselben vortäuschen. Ausserdem habe ich Gelegenheit gehabt, einige Fälle von Blennorrhoe auf trachomatösen Augen mikroskopisch zu untersuchen. Diese Fälle sind insoweit lehrreich als sie zeigen, wie zerstörend dieser blennorrhoische Prozess auf die neugebildeten Drüsen wirkt. Das ganze die Drüse auskleidende Epitel wird zerstört, die Drüse schrumpft und verschwindet allmälig. — Klinische Beobachtungen zeigen uns den radikalen Einfluss dieser akuten Syndesmitis auf die Heilung des Trachomes. Die oben erwähnte Beziehung dieses Prozesses zu den Drüsen gibt uns meiner Ansicht nach die beste Erklärung für die therapeutische Wirkung der Blenorrhoe auf das Trachom. Daraus dürften wir umgekehrt schliessen auf die Rolle, welche diese Drüsen bei dem Trachome spielen, indem wir nur durch ihre Vernichtung die radikale Heilung dieser Krankheit ermöglichen. Die Drüsen, welche ich in dem oberen Lide gefunden habe, waren folgende: 1) Einige bilden ganz oberflächliche Vertiefungen auf der Konjunktiva. In diese Vertiefungen treten alle Schichten des Epitels der Konjunktiva hinein. Die oberflächlichen Schichten des Cylinderepitels sind in den meisten Fällen verändert. Namentlich sind die Zellen geschroben und abgerundet; es zeigen sich in ihnen grosse durchsichtige Blasen, welche mitunter in eine einzige grosse Blase zusammenfliessen, indem die Blase den Kern mit dem rückständigen Protoplasma auf die Seite drängt. Diese ansehnlich vergrösserten ovalen Zellen haben grosse Aehnlichkeit mit den Becherzellen, welche so ausführlich von Reich in der Konjunktiva beschrieben sind. Das Gewebe der Konjunktiva ist leicht verdickt und mässig von Zellen infiltrirt. Die Drüsen sind von einem Netze von Kapillaren umgeben. Sie sind mir bei scheinbar gesunden Augen begegnet, die möglicherweise während des Lebens nur von einer leichten Syndesmitis befallen waren. — 2) Die beim Trachome sich vorfindenden Drüsen unterscheiden sich wesentlich von den oben beschriebenen. Es sind lange Schlauchdrüsen. Sie sind mit Epitel ausgekleidet, welches, wie dasjenige der Tarsal-Konjunktiva, aus zwei Schichten besteht, aus runden und aus oberflächlich gebogenen cylindrischen Zellen. Die Basalmembran ist immer deutlich zu sehen. Den Inhalt der Drüsen bildet eine feinkörnige fette Masse mit Zellen-Detritus, dem äusseren Anschein nach dem Inhalte einer Meibom'schen Drüse ähnlich. Die Umgebung der Mehrzahl der Drüsen ist dicht mit lymphoiden Zellen infiltrirt. Diese Infiltration ist besonders stark in der Umgebung des Ausführungsganges am Boden der Drüse. Diese Drüsen finden sich in der subepitelialen neugebildeten Schichte der Konjunktiva, deren Dicke mitunter diejenige des Tarsus erreicht. Ihre Zahl ist verschieden. In einigen Fällen kann man deren auf einem vertikalen Querschnitte des ganzen Lides bis gegen 20 zählen, in anderen bieten vertikale Querschnitte deren nur 2–3 dar. In diesem letzteren Falle können sie sich getrennt auf der ganzen Oberfläche der Konjunktiva finden, häufiger jedoch findet man dieselben — bei nur geringer Anzahl — in der hinteren Partie der Konjunktiva neben der Uebergangsfalte. Bei Vorhandensein dieser Drüsen bleibt die Oberfläche der Konjunktiva glatt, dem äusseren Anscheine nach normal, und auf Querschnitten der Lider bedeckt das Epitel ganz gleichmässig alle Ausführungsgänge dieser Drüsen. Nur bei Entfernung des Epitels kann man unter der Lupe die Ausführungsgänge in Form von Punkten oder auch zuweilen von kleinen Spalten sehen. Ganz denselben Drüsen begegnet man auf der Hornhaut bei Pannus crassus, woselbst dieselben sich in solchen Fällen in der neugebildeten dicken Schichte zwischen Epitel und Bowman'scher Membran finden. Sie sind schon vor langer Zeit von mir beschrieben worden. Das beweist am besten, dass diese Drüsen sich unabhängig vom Papillarkörper der Konjunktiva bilden. Die Annahme der Bildung dieser Drüsen von in normaler Konjunktiva präexistirenden Drüsen, wie sie Einige irrthümlich angenommen und beschrieben haben, fällt durch dieses Faktum gleichfalls fort. Schliesslich deutet das Auftreten dieser Drüsen im trachomatösen Pannus auf innigen Zusammenhang dieser Drüsen mit dem trachomatösen Prozesse. — 3) Retentionskysten. Die eben unter 2 beschriebenen Drüsen bilden deren gewöhnliche Form, wie man ihnen im Anfange ihrer Entwicklung begegnet. Später verändern sie ihre Form, ihr sie auskleidendes Epitel und ihren Inhalt. Wir haben oben erwähnt, dass die Infiltration zwei Stellen

mit Vorliebe einnimmt — die Umgebung der Ausführungsgänge und den Boden der Drüse. In späteren Stadien wandeln sich die Zellen, welche die Ausführungsgänge umgeben, in Narbengewebe um. In dem Grade, wie sich die Zellen um den Ausführungsgang in narbiges Bindegewebe umwandeln, werden die Ausführungsgänge zusammengepresst, die Sekretion der Drüse wird beeinträchtigt und in Folge der Zurückhaltung und Vermehrung des Sekretes wird die Drüse vergrössert, wobei sie eine rundliche Form annimmt (Retentionskyste). In solchen Fällen wird der Durchmesser der Drüsen mitunter bedeutend vergrössert, von 0,2 mm. bis zu 1,2 mm. Durch die in solcher Weise vergrösserten Drüsen wird die Konjunktiva gehoben. Uebrigens geschieht Letzteres weniger häufig als man berechtigt wäre zu erwarten, was seinen Grund in der starken Narbenbildung der Konjunktiva hat. Nach Entfernung des Epitels zeigt sich der verengerte Ausführungsgang in Form eines Punktes, welcher sich nicht immer central, sondern mitunter seitlich befindet. Der Inhalt der Drüsen unterliegt allen möglichen Veränderungen; bald ist der normale Inhalt nur quantitativ vermehrt, bald zeigt er sich mehr verflüssigt, bald mehr breiartig. Mitunter besteht der Inhalt aus feinen konzentrisch geschichteten Körnern, welche grosse Aehnlichkeit mit amyloiden Körpern haben, jedoch ohne deren Reaktion zu zeigen. In der stark erweiterten Drüse verändert das Epitel seine Form und wandelt sich in einschichtiges Pflasterepitel um. — Häufig sind die so veränderten Drüsen mit einer dichten zelligen Infiltration umgeben. Einige sind so dicht von diesen Zellen umlagert, dass sie oft grosse Aehnlichkeit mit Trachomkörnern zeigen. — 4) Zusammengesetzte Drüsen. Mitunter findet man unter sich kommunizirende Drüsen. In solchen Fällen gehen vom Boden der Drüse zwei oder drei dünne Röhrchen nach verschiedenen Richtungen aus, welche die Hohlräume mehrerer Drüsen unter einander verbinden. Auf diese Weise bildet sich ein ganzes Netz von mit Epitelien ausgekleideten Röhren an der unteren Fläche des Tarsus. Zu bemerken ist noch, dass in einigen Fällen von Drüsenentwicklung, besonders bei Bildung solcher eben beschriebener Netze, die gegen die Konjunktiva gerichteten Läppchen der Meibom'schen Drüsen häufig atrophiren, so dass dieselben gleichsam Kanäle vorstellen, denen nur nach Aussen gegen die Kutis hin Acini aufsitzen, während die inneren nach der Konjunktiva gerichteten Läppchen fast ganz verschwinden. — In hohem Grade lehrreich sind die Fälle, in welchen die trachomatöse Konjunktiva blennorrhoisch erkrankt ist. Drei solche Lider sind bis jetzt von mir untersucht worden. Die Konjunktiva ist in ihrer ganzen Dicke durch Eiterzellen infiltrirt. Da wo die Infiltration noch schwach auftritt, gruppiren sich die Zellen hauptsächlich um die Drüsen. In diesen selbst begegnet man nur einzelnen zerstreuten Eiterzellen. Das Epitel der Drüsen ist verändert. Da wo nur schwache Infiltration sich zeigt, verändern sich nur die cylindrischen Zellen; sie sind stark angeschwollen und in grosse Blasen umgewandelt, welche den ganzen Hohlraum der Drüse anfüllen. Die Grenzen dieser Blasen sind nicht deutlich kontourirt, ihr Inhalt ist völlig durchsichtig, in einigen von ihnen liegen zwei bis drei, bisweilen mehr Eiterzellen. Das runde Epitel ist viel weniger verändert. In ihm erkennen wir nur Kerntheilung: zwei bis vier Kerne sind in den meisten Zellen. In jenen Drüsen, in welchen stärkere Infiltration vorhanden ist, und wo sich die ganze Dicke der Konjunktiva mit Eiter infiltrirt zeigt, ist das ganze Epitel, sowohl cylindrische wie runde Zellen, in Blasen umgewandelt. Endlich treffen wir auch solche Drüsen an, von welchen nur noch die schwach kontourirten Begränzungen kenntlich sind. Ihr ganzer Inhalt ist in eine amorphe Masse umgewandelt, in welcher nur hier und da vereinzelte Eiterzellen schwimmen. Von den in solcher Weise veränderten Drüsen haben nur sehr wenige annähernd ihre normale Grösse bewahrt. Die meisten sind geschrumpft und viele andere ganz atrophirt. — Meine Untersuchungen über das Trachom sind nun keineswegs als beendet zu betrachten, aber schon die bis jetzt erhaltenen Resultate müssen ein so hohes Interesse erwecken und werfen ein so neues Licht auf das Verständniss dieses räthselhaften Prozesses, dass ich es nicht für überflüssig erachten kann, ungeachtet des Mangels einer erschöpfenden Betrachtung des Gegenstandes, schon jetzt die Veröffentlichung desselben zu unternehmen. Zur Vermeidung von Missverständnissen finde ich zu bemerken nöthig, dass ich die hier von mir beschriebenen trachomatösen Drüsen in keinem Falle mit den Trachomkörnern zu verwechseln wünsche, welche bei dem chronischen und akuten Trachome für sich existiren. Die Letzteren, wenn vollständig entwickelt, differiren nicht so scharf, wie Saemisch

annimmt, von den den follikularen Katarrh kennzeichnenden Körnern. Jene wie diese stellen runde oder ovale Körperchen dar, die in beiden Gebilden als durchaus gleichgruppirte Zellen wahrnehmbar sind; Körner von follikulärem Katarrhe wie vom Trachome sind wenigstens bis zu einer gewissen Periode ihrer Entwicklung scharf von dem Stroma abgegrenzt, in welchem sie sich eingelagert befinden, und sind gefässlos. — Meine Untersuchungen zeigen nun, dass ausser Körnern mir wenigstens im chronischen Trachome eine Menge von Drüsen begegnet ist; ich habe sogar gefunden, dass im letzteren Falle die Zahl der Drüsen relativ so gross ist, dass die der Körner dagegen verschwindend klein erscheint. Wenn die ersteren bei der klinischen Beobachtung bisher nicht als solche erkannt wurden, so beweist dieses nur, dass sie im Leben leicht mit Trachom-Körnern zu verwechseln sind und dafür von den Klinikern bis jetzt wahrscheinlich gehalten wurden. Ich hoffe, dass meine hier mitgetheilten pathologisch-anatomischen Untersuchungen als Ausgangspunkt dienen werden, die Unterscheidung zweier so verschiedener Gebilde auch beim Lebenden zu sichern. Sie werden sogar wahrscheinlich mehr fassliche Gründe, als bis jetzt der Fall war, für die differentielle Diagnostik zweier im Anfange so ähnlicher, im späteren Verlaufe jedoch so diametral verschiedener Vorgänge, wie follikulärer Katarrh und Trachom, an die Hand geben. Die Resultate, welche ich hier mittheile, sind von mir bereits seit einem Jahre festgestellt. Vor und nach dem vorjährigen Kongresse habe ich die betreffenden Präparate mehreren Fachgenossen demonstrirt. Ich erwähne dies, um die Unabhängigkeit meiner Untersuchungen von der soeben erschienenen Arbeit von Berlin über die Bindehaut beim Entropium darzuthun." (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1878, Nr. 36, 7. Sept.)

In einer Arbeit mit der Ueberschrift „die plötzlichen Todes-Arten im Kindesalter" bespricht Dr. A. v. Hüttenbrenner zu Wien zunächst den Laryngospasmus, den spastischen Zustand der Larynx-Muskulatur, in seinen zwei Formen, deren eine bei rhachitischen Kindern vorkömmt, während die Grundlage der anderen zumeist Epilepsie ist. Bei der ersteren Form, dem sog. einfachen Laryngospasmus, ist der Tod ein Erstickungs-Tod. Verf. macht auf die differentiell-diagnostischen Merkmale an der Leiche aufmerksam. Bei der anderen Form erfolgt der Tod als ein neuroparalytischer. Solche Kinder sterben an Lähmung des Centralnervensystemes, so dass der Laryngospasmus gewissermassen die letzte Funktion des plötzlich absterbenden Gehirnes darstellt. Dann ist der makroskopische Befund im Gehirne, im verlängerten Marke wie in den Lungen ein negativer. — Schliesslich macht v. Hüttenbrenner noch auf den plötzlichen Tod aufmerksam, der besonpers bei Säuglingen während und in Folge des Brechaktes eintreten kann. Im späteren Kindesalter sind derartige Todesfälle durch fremde Körper häufiger. — Hiernach ergibt sich, dass die plötzlichen Todesfälle im Kindesalter keineswegs selten sind, der praktische Arzt aber durch die Sektions-Ergebnisse keineswegs sehr befriedigt wird. (Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik, VIII 1 S. 31 ff.) — Eine interessante Parallele zur vorstehenden Arbeit bietet ein Aufsatz von Dr. Schlemmer in Wien über die Bronchitis im Säuglingsalter. Sein Verf. geht von dem vollständig richtigen Satze aus, dass das grösste Kontingent der Ursachen, welche im Kindesalter den Eintritt des Todes herbeiführen, auf die Todesart der Erstickung fällt (konstant 66,7 pCt.). Denn das Neugeborene neigt dazu in Folge der eben überstandenen Geburt (vorzeitige Respiration bei nicht freiem Luftzutritte), der Säugling aber in Folge seiner besonderen Lebensbedingungen und der aus denselben für seinen Organismus resultirenden Anforderungen. In Bezug auf letztere bespricht Dr. Schlemmer zuerst die Ernährung, dann die Wohnungs- und Pflege-Verhältnisse sowie die Temperatur-Einflüsse und geht sodann zu den Sektionsbefunden bei an Erstickung zu Grunde gegangenen Kindern über. Er stellt hier neben zwei Reihen von Bronchitis die Fälle von Erstickungstod im Brechakte, während der Geburt, unter den Bettdecken sowie durch Erwürgen und Werfen in den Abort in Parallele, wodurch seine Arbeit ungemein an Interesse gewinnt. — Die erste Reihe von Bronchitisfällen bilden solche, in welchen die Krankheit zwar erkannt, aber nicht richtig geschätzt wurde (73 Fälle binnen einem Jahre, deren Sektionsberichte zum Theile ausführlich gegeben sind). Die zweite Reihe von Bronchitis-Fällen umfasst solche, in welchen die Krankheit gar nicht wahrgenommen wurde und das betreffende Kind plötzlich entweder ohne auffällige Erscheinungen oder unter Konvulsionen starb (18 Fälle binnen einem

Jahre). Die Schlüsse, die Vf. hieraus zieht, gipfeln darin, dass er überall, wo er makroskopisch die Zeichen der Erstickung konstatiren konnte, in den Bronchien einen Inhalt und zugleich eine mehr oder weniger ausgesprochene Röthung der Schleimhaut der Luftwege antraf. Mikroskopisch wurde als die Quelle dieses Inhaltes die Bronchialschleimhaut selbst nachgewiesen. Die Anhäufung dieses Inhaltes muss also durch gewisse vorhergegangene Einwirkungen auf den Organismus begünstigt werden. Letztere brauchen nicht heftiger Art zu sein, sondern es bedarf für den kindlichen Organismus nur einer geringen Alienation seines Befindens, so dass die Angehörigen dieselbe übersehen können. Der Bronchialinhalt bestand aus abgestossenen Epitelien, welche bereits mehr weniger vom normalen Aussehen abwichen (Trübung der Epitelien mit gleichzeitigem Verluste der Cilien und Isolirtsein der einzelnen Epitelzellen), was nicht durch Fäulniss, sondern allein durch den pathologischen Prozess hervorgerufen werden kann. In mehr als einem Dritttheile der Fälle wurde zugleich Darmkatarrh gefunden und ist Verf. zu der Annahme geneigt, dass der letztere mehrere gemeinsame ätiologische Momente mit der Bronchitis hat. — Hieran reiht Dr. Schlemmer die Fälle von „Erstickungen" und zwar zuerst die im Brechakte besprechend (16 Fälle); man findet hier als Inhalt der Bronchien eine milchkörperchenhaltige Flüssigkeit, in welcher sich vereinzelte, nicht getrübte, wie bestaubt aussehende und nur spärlich granulirte Epitelien mit erhaltenen Cilien finden. Derartige Erstickungen traten meist dann ein, wenn die betreffenden Kinder vorher gesättigt wurden. — Hieran reiht Verf. 6 Fälle, in welchen die Kinder im Bettzeuge, 9 Fälle, in welchen sie während der Geburt und 5 Fälle, in welchen sie nach der Geburt (gewaltsam) erstickten. — Als summarisches Ergebniss seiner Untersuchungen fügt er folgende Betrachtungen an: Das unter der Geburt adspirirte Mekonium oder Fruchtwasser führt zuweilen erst nach längerer Zeit den Tod herbei. Die durch Erkrankungen der Luftwege im Säuglingsalter gesetzten Störungen können von der Umgebung sehr wohl übersehen werden; es kann aber in diesem Alter auch schon die theilweise Behinderung der Athmung (Hinabrutschen des Säuglinges unter die Bettstücke, Bedecken desselben mit letzteren) den Tod herbeiführen. Durch den raschen Wechsel des Epitels der kindlichen Schleimhäute wird der Erstickungstod begünstigt, weil dadurch das „Material für obturirende Pfröpfe" und Erregung lokaler Störungen gegeben wird. Bei Behinderung des Luftzutrittes zu den Athmungsorganen durch äussere mechanische Momente (Bedecken, Erwürgen) wird keine fremde Substanz, bei Adspiration von Flüssigkeit (Brechakt, Fruchtwasser, Mekonium) diese in den Luftwegen vorgefunden. Die makroskopischen Befunde einer Bronchitis können auch durch andere Vorgänge (Brechakt) vorgetäuscht und nur mit Hilfe der mikroskopischen Untersuchung (beziehungsweise mikroskopischen Chemie) unterschieden werden. (Oesterr. Jahrb. f. Pädiatrik, VIII 1 S. 41.)

Unser Arzneischatz hat sich um ein neues Mittel bereichert, welches in der Therapie durch seine markanten sedativen Eigenschaften eine grosse Rolle zu spielen berufen ist und das durch seine energische mydriatische Wirkung selbst das Atropin aus seinen erbgesessenen Rechten zu verdrängen sucht. Es ist dies ein Alkaloid der Duboisia myoporoides, einer in der Umgebung von Sydney, Brisbane und Cap-York in Australien sowie auf den Inseln Neu-Caledoniens in grosser Menge wachsenden Solanee, welches gleichzeitig von Dr. A. W. Gerrard in London und Herrn A. Petit, Apotheker in Paris, aus dem aus Sydney eingesandten wässerigen Extrakte dieser Pflanze dargestellt und von Letzteren „Duboisin" genannt wurde. Das Duboisia-Alkaloid verhält sich nicht bloss in chemischer sondern auch in physiologischer Beziehung ganz ähnlich wie das Atropin und in letzterer Beziehung ergaben die Untersuchungen der DD. W. Murr und Sydney folgende Resultate: Es erweitert sehr schnell und sehr bedeutend die Pupille; 10 Minuten nach Einträufelung einer geringen Menge einer Lösung des Alkaloides (1:120) war die Pupille sehr bedeutend erweitert. $^1/_6$ Gran einem an profusem Nachtschweisse leidenden Kranken subkutan beigebracht hob denselben fast gänzlich auf. Alle Patienten, denen das Duboisin injizirt wurde, empfanden eine auffallende Trockenheit des Schlundes. Es theilt ferner die Eigenschaft des Atropins, die Wirkung des Muscarins aufzuheben und gleich diesem nach einem Zeitraume von einigen Stunden oder Tagen Tetanus hervorzurufen. Diese augenscheinliche Aehnlichkeit der beiden Alkaloide in ihrer physiologischen Wirkung beweist jedoch nicht, dass dieselben identische Körper seien,

da bekanntermassen die Alkaloide mehrerer Solaneen dieselben physiologischen Eigenschaften besitzen, obschon sie chemisch ganz verschiedene Körper sind. Dr. Gerrard nimmt auch das Duboisin als einen dem Atropin verschiedenen Körper an und begründet seine Ansicht durch die Differenz einiger chemischer Eigenschaften des Duboisin-Alkaloides, welche sich in folgenden vier Punkten zusammenfassen lassen: 1) Die Löslichkeit des Duboisins in Wasser ist 2 Mal so gross als die des Atropins. 2) Es erfordert grössere Mengen von Säuren zur Neutralisation als das Atropin. 3) Es verhält sich mit Schwefelsäure in der Kälte sowohl als beim Erhitzen mit Kalium bichromat. wesentlich verschieden von Atropin. 4) Ist der Geruch, den es beim Kochen mit Barythydrat entwickelt, verschieden von dem, den das Atropin unter denselben Bedingungen gibt. — Die physiologischen Versuche, welche mit dem Duboisin zu Paris auf den Kliniken Galezowski's und Wecker's angestellt wurden, bestätigen im Allgemeinen die Angaben der englischen Aerzte. Letzterer sagt darüber: „Das Duboisin ist von einer unbestreitbar weit energischeren Wirkung als das Atropin, ohne dessen gleichzeitig reizende Eigenschaft zu zeigen. Zur Mydriasis, welche sich sofort nach Instillation des Duboisins entwickelt, gesellt sich alsbald eine komplete Paralyse der Accommodationsfähigkeit des Auges, während man wiederholte starke Gaben von Atropin anwenden muss, um die vollständige Lähmung des Ciliarmuskels zu erwirken. Das neue Alkaloid konnte ferner auch bei Personen in Anwendung gebracht werden, die Atropin durchaus nicht zu vertragen vermochten". — Prof. Dr. Gubler äussert sich in folgender Weise über die Wirkung des Duboisins: „Wird $^1/_2$ Milligramm subkutan injizirt, so empfinden die Patienten alsbald Trockenheit des Schlundes, während sich gleichzeitig eine leichte Trübung des Gesichtes einstellt. Ein Milligramm erzeugte Durst, Pulsbeschleunigung, Erweiterung der Pupille, scharlachrothe Färbung der Haut und allgemeine Muskel-Erschlaffung, während die unteren Extremitäten den Patienten den Dienst versagten. Das Duboisin ist somit hinsichtlich der Wirkung dem Atropin weit überlegen". Vorstehende Erfahrungen machen es wünschenswerth, dass die Versuche mit diesem so werthvollen Arzneimittel alsbald auf möglichst breiter Grundlage fortgesetzt werden. Leider dürfte der gegenwärtig noch enorme Preis des neuen Alkaloides (40 Francs für das Gramm) ein Hinderniss abgeben für Versuchs-Anstellungen im ausgedehnteren Maassstabe; doch steht zu erwarten, dass das Anlangen grösserer Partieen der betreffenden Solanee in Europa den Preis desselben bedeutend herabdrücken wird. (Allg. med. Centralzeitung, 1878, 28. Aug.) —

Bei einem 25jährigen Mädchen war durch die Berstung einer nach chronisch-suppurativer Periostitis des Brustbeines und der unteren Rippen zurückgebliebene Narbe eine Magenfistel entstanden. Dieselbe war im Dezember 1875, zwanzig Monate nach ihrer Entstehung, kreisrund, 3 Cent. im Durchmesser, ihr schwieliger Rand von Schleimhaut eingesäumt, ihr Lumen von der vorgefallenen Schleimhaut der hinteren Magenwand ausgefüllt. Prof. Billroth entschied sich zum Zwecke der Beseitigung dieser Fistel für die Operation mittelst Bildung eines gestielten Lappens aus der Bauchhaut; um aber die Wirkung des Magensaftes auf den Lappen unmöglich zu machen und eine möglichst gute und gutbleibende Ernährung des Lappens herbeizuführen, unternahm er den eigentlichen Verschluss der Fistel erst, als der Lappen granulirte — wuchernde Granulationen werden nämlich vom Magensafte nicht verdaut —, und erleichterte dadurch, dass er den Lappen an einem Ende langsam abschnürte, die Bildung einer genügenden Ernährungsbahn von der anderen Seite her. Die Anheilung war eine vollständige und erfolgte grösstentheils durch erste Vereinigung. — Zwei Monate nach dem Verschlusse war der Lappen fast auf die Hälfte seiner ursprünglichen Grösse zusammengeschrumpft, sehr fest mit den Fistelrändern verwachsen, dick und derb; es schien, als ob er der verdauenden Wirkung des Magensaftes auch dann noch würde widerstehen können, wenn die innere granulirende Fläche zu einer Narbe und dabei gefässärmer würde, ähnlich wie die tiefen gefässarmen Narben von Magengeschwüren der Verdauung widerstehen. Diese Vermuthung bestätigte sich nicht. Sechs Monate lang war allerdings der Verschluss ein vollkommener, dann entstand am Rande des Lappens eine Fistel und binnen vierzehn Tagen war der Lappen soweit verdaut, dass der Zustand der Patientin genau derselbe war wie vor der Operation. Billroth versuchte nunmehr, die Fistel durch Aetzung mit dem Paquelin'schen Thermokauter zu verkleinern, ohne aber nach sechs-

naliger energischer Applikation eine Wirkung rzielt zu haben. Sodann wurde versucht, urch Abtrennen der Schleimhaut von der luskelhaut und Ablösung der letzteren von er Bauchwand in Verbindung mit zweckässiger Tamponade eine Retraktion zu erielen; aber auch diese 2 Mal ausgeführte peration blieb wegen der Adhäsionen des lagens mit der Bauchwand ohne Erfolg. Als un auch die von Middeldorpf bei einer lagenfistel mit Erfolg angewendete Methode er Bedeckung mit einem zweigestielten, urch Hautverschiebung gebildeten Lappen it vollständiger Verdauung dieses Lappens ndete, blieb nichts übrig, als die eigentliche lagen-Naht auszuführen. Hiezu wurde, er Magen mit Finger und Raspatorium von er Innenfläche der Bauchwand so weit abgeist, bis die Fistelränder ohne jede Spannung inander genähert und so vernäht werden onnten, dass Serosa an Serosa zu liegen am. Die Ablösung der sehr festen Adhäsioen musste ringsherum 6—7 Cent. weit ausedehnt werden und nur nach unten wurde abei die Peritonäalhöhle eröffnet. Die zur ereinigung angelegten Seiten-Suturen wuren kurz abgeschnitten. Vom unteren Rande er Fistel wurde zur Schliessung des Hautefektes ein einfach gestielter Lappen an die Hautränder der wieder wund gemachten Fistel ngenäht. Vom Augenblicke der vollendeten peration an kam nie wieder ein Tropfen üssigkeit oder Speise aus der Fistel. Unter ntiseptischen Verbänden und bei sorgfältig eregelter Diät heilte sowohl die Magenwunde ls der Hautlappen durch erste Vereinigung. atientin wurde vollkommen und wohl auch efinitiv geheilt entlassen. (Schmidt's Jahrücher, 1878.) —

Virchow's Archiv Bd. 69 3 u. 4 enthält ine Arbeit von Dr. Ludw. Witkowski iber die Gehirn-Erschütterung. In erselben resumirt Verf. zunächst die Gründe, welche gegen die besonders von Alquié verretene Lehre, dass alle Kommotions-Erscheinungen sich auf wirkliche Kontusionen zurückführen lassen, sprechen. 1) Man muss unterscheiden zwischen der Möglichkeit reiner Kommotions-Erscheinungen und der eines tödtlichen Ausgangs derselben. Ueber letzteren Fall existiren zwar nur wenige genaue Sektionsberichte, man muss aber beachten, dass kleine Gehirn-Verletzungen keineswegs immer zur Erklärung schwerer allgemeiner Hemmungs- oder Kommotions-Erscheinungen ausreichen. 2) Obwohl die Versuche über reine Kommotion bisher noch kein verlässiges Resultat ergeben haben, so ist doch das Vorkommen derselben durch die Experimentaluntersuchungen von Koch und Filehne sehr wahrscheinlich gemacht. 3) Versuche am Frosche ergeben, dass man durch Aufschlagen des Kopfes kürzer oder länger dauerndes Koma erzeugen kann, ohne dass sich (in der Regel) im Central-Organe Abnormitäten nachweisen lassen. Nach Heubel kann man durch eine leichte, absolut nicht verletzende Reizung des Froschhirnes (Berührung des oberen Theiles des 4. Ventrikels mit einem Nadelkopfe) der Kommotion gleiche Erscheinungen hervorrufen. 4) Bei Fröschen, Kaninchen und Meerschweinchen gelingt es meist, kurz hinter einander mehrmals die Erscheinungen der Kommotion zu bewirken — was gleichfalls gegen eine palpable Ursache spricht, bei Thieren und Menschen wurden nach Kopfverletzungen schwere Gehirnleiden beobachtet ohne palpable Veränderung dieses Organes. 5) Die Gemüths-Erschütterungen und hypnotischen Phänomene sind der Kommotion analog. Aus dem Allen zieht Witkowski den Schluss, dass Aufhebung der Hirnfunktion ohne eine materielle Verletzung möglich ist. — Es fragt sich nun weiter, wie die Erscheinungen der Kommotion zu Stande kommen? Eine von Fischer aufgestellte und von Bergmann wie Huguenin angenommene Theorie lehrt, dass nach einem Schlage auf den Kopf die cerebralen Gefässe gelähmt und erweitert werden. Nach des Vfs. Versuchen an Hunden und Katzen ergibt sich, dass starke Schläge auf den Kopf regelmässig den Blutdruck in der Carotis erhöhen — ein Ergebniss, das auch Koch und Filehne erhalten haben. Um zu erfahren, ob nicht doch die intrakraniellen Arterien sich erweiterten, stellte Witkowski weitere Versuche an, trepanirte Kaninchen und schlug mit einem Scheit Holz mehrmals, stark auf ein über den Schädel der Thiere gelegtes Brett. Man sah dabei eine deutliche Verengerung der Arterien und selbst grössere Aeste verschwanden ganz. Dieser Zustand dauerte 1—2 Minuten — dann folgte eine leichte paretische Erweiterung. Diese Erscheinungen sollen rein mechanisch, durch Anpressen des Gehirnes an die Knochen-Ränder bedingt sein. Tief gelegene Pia-Arterien veränderten ihr Volumen gar nicht und reagirten prompt auf alle Reize, waren demnach sicher nicht gelähmt. Allmälig mag allerdings der

Tonus herabgesetzt werden, wodurch sich aber die Kommotion nicht erklären lässt. Dass in der That cerebrale Gefässlähmung keine Erschütterungs-Erscheinungen bedingt, scheinen die Wirkungen der Amylnitrit-Einathmung zu beweisen. Wichtig erscheint auch, dass man am Kaltblüter sicher nachweisen kann, wie die Kommotion ganz unabhängig vom Kreislaufe vor sich geht, nämlich bei ausgeschnittenem Herzen. Verf. stellt sich schliesslich ganz auf die Seite Derer, die eine direkte Beeinflussung der nervösen Substanz annehmen. Von den Provinzen, welche der Stoss am heftigsten trifft, pflanzt sich die Wirkung durch „Hemmung" weithin im Centralorgane fort. In manchen Fällen mag schon der von den sensiblen Nerven ausgehende heftige Reiz genügen, die Centren ausser Thätigkeit zu setzen, wenngleich dies nicht für alle Fälle zutrifft.

Ein nicht geringer Theil der angeborenen Hydrokelen verschwindet bekanntlich ohne jede Behandlung, während immerhin der grössere Theil bestehen bleibt und allmälig zu der eigentlichen Hydrokele des Samenstranges führt. Das gewöhnliche therapeutische Verfahren in diesen Fällen besteht in dem Ablassen der Flüssigkeit mittelst eines feinen Trokar's, was allerdings hie und da genügt, um eine Verwachsung hervorzurufen. Nach W. Wagner's (in Königshütte) Erfahrung ist jedoch häufig eine selbst 4—5malige Punktion nicht genügend, um die Hydrokele zum dauernden Schwinden zu bringen, hauptsächlich wohl aus dem Grunde, weil man die Kinder erst verhältnissmässig spät zu Gesicht bekömmt. Das Pitha'sche Verfahren, die Hydrokelenflüssigkeit beim Zurückziehen der Nadel in das Bindegewebe des Hodensackes treten zu lassen, um durch ein künstliches Oedem desselben den Hydrokelen-Sack zu komprimiren, hält Wagner entschieden für nicht ungefährlich, zumal er einmal dabei eine phlegmonöse Entzündung des Hodensackes gesehen, von der er sogar fürchtete, sie würde zu Gangrän führen. Die letzten ihm zur Behandlung gekommenen Fälle von angeborenem Wasserbruche hat er nun auf folgende Weise behandelt: Mit einer Pravaz'schen Veterinärspritze, welche etwa 5 Grammen enthält, wurde die Flüssigkeit aus der Hydrokele vollständig ausgesogen. (Ist die Spritze gefüllt, so nimmt man sie von der Nadel ab, entleert sie und setzt sie wieder auf — welches Verfahren so lange wiederholt wird, bis der letzte Tropfen Flüssigkeit entleert ist.) Selbstverständlich ist es ein Leichtes, die Anspiessung des Hodens bei der nöthigen Vorsicht zu vermeiden. Alsdann füllt Wagner in die Spritze, welche natürlich auch vorher schon gründlich desinficirt war, 0,5—1,0 einer einprozentigen Karbollösung, treibt dieselbe langsam in den Hydrokelen-Sack ein und massirt denselben nach dem Zurückziehen der Spritze ein wenig. — Von 37 also behandelten Fällen hat W. allerdings nur 5 weitere beobachtet, die fast alle nur in seinem Ambulatorium vorgekommen waren. Bei diesen trat meist eine leichte Wiederansammlung der Flüssigkeit auf, welche jedoch nach etwa acht Tagen wieder verschwand. Irgend welche üblen Zufälle, besonders peritonitische Reizungen, hat Wagner nicht beobachtet. Von den 32 übrigen Fällen nimmt derselbe ebenfalls an, dass sie im Zeitraume von 14 Tagen geheilt wurden, da er den betreffenden Angehörigen anbefohlen, bei ausbleibender Heilung nach diesem Zeitraume wieder zu kommen; ebensowenig ist ihm ein Kind wiedergebracht worden, welches durch den Eingriff in seinem Wohlbefinden irgendwie gestört worden wäre. — Trotzdem von den meisten Chirurgen eine Einspritzung von reizenden Flüssigkeiten, selbst von Karbolsäure, verworfen wird, hält Wagner sein Verfahren nach diesen Erfahrungen doch für vollkommen gefahrlos. Das Aussaugen mit der Spritze hat nach ihm den Vortheil, dass man die Flüssigkeit bis auf den letzten Rest entfernen kann; ferner, dass die Verletzung nie eine so bedeutende ist, wie bei dem Einstiche mit dem Trokar, da aus einem solchen, der nur die Dicke einer Pravaz'schen Nadel hat, keine Flüssigkeit mehr von selbst ausfliesst. Das Wesentlichste bei dem Verfahren ist jedoch, dass man in einer Sitzung zum Ziele kommt. — Schliesslich hebt Wagner noch hervor, dass er sein Verfahren nur in den Fällen von Hydrokele in Anwendung bringe, in denen eine Kommunikation mit der Bauchhöhle nicht mehr zu konstatiren ist. Ist die Verbindung schon so haarfein, dass keine Flüssigkeit mehr zurückgeht, so glaubt er, dass auch ein Eindringen der Karbolsäure beziehungsweise ein Uebergreifen der adhäsiven Entzündung auf die Bauchhöhle nicht zu befürchten ist. Allgem. med. Centralzeitung. 1878, 14. August.)

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

ro. 40. *Erlangen*, am 5. Oktober 1878.

Öchentlich Bogen von Quartseiten. is jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

alt. Ueber parasitäre Infektionskrankheiten. Zur Histologie der Degenerationsvorgänge im menschlichen Rückenmarke. Resultate aus Untersuchungen über das Sehroth. Die Operation der Naevi mittelst multipler Skarifikationen. Einfluss des Aufenthalts in komprimirter Luft. Fälle von Schwellung der Gegend der linken Fossa supraclavicularis bei Neuralgia cervico-brachialis. Wichtigkeit der Eiterung bei fungöser Gelenkentzündung. Ueber Lungensyphilis. Lister's Verfahren bei Verbrennungen. Neues Hämostaticum.

Die Prager mediz. Wochenschrift, 1878, 2, 5 und 6, bringt eine Arbeit von Prof. r. Eduard Klebs „über einige therauutische Gesichtspunkte, welche ırch die parasitäre Form der Infekonskrankheiten geboten erscheiːn.“ Indem derselbe die Ansicht, dass viele nere Krankheiten parasitären Ursprunges ien, als berechtigt anerkennt, ergeht er sich nächst über die Verbreitungsweise der paraären Pflanzen, besonders der Spaltpilze, im örper. Man hat hinsichtlich dieser Erzeugg beziehungsweise Verbreitung zunächst ıe gewisse körperliche Disposition anzuhmen, welche als Vorbedingung zu solcher ısiedelung nothwendig ist, andererseits aber ch eine höhere Ansiedelungsfähigkeit der ıglichen Organismen und zwar unter gewisn Vegetationsbedingungen, welche theils ıem bestimmten Entwicklungsstadium eigenümlich ist, theils einer besonderen, diesen ›rgang begünstigenden Akklimatisation oder ıer Züchtung ihren Ursprung verdankt. Auf ese Weise erklärt sich der epidemische Chakter der Krankheiten und die unmittelbare ›bertragbarkeit derselben. Niemals oder ır höchst selten können derartige Organisen direkt in die Blutbahn gelangen, vielmehr rd, vor Ausbruch der Allgemeinerscheinung, ıe örtliche Infektion und eine örtliche Verehrung derselben stattfinden müssen. Statt esen Zeitabschnitt, wie bisher, Inkubationsit zu nennen, schlägt Klebs die Namen Kolonisation“ als Vorgang der örtlichen Infektion und „Propagation“ für die jener folgende Verbreitung vor. Das Verweilen der Parasiten in der Blutmasse ist fast ausnahmelos ein kurz dauerndes, indem sich dieselben bald an die innere Fläche der Gefässe anlagern und dann entweder austreten oder in die weissen Blutkörperchen aufgenommen werden. Um das Blut in dieser Richtung zu untersuchen, empfiehlt Verfasser, Stauungsblut, z. B. nach Umschnürung des Armes, zu nehmen, weil bei solchem eine grössere Anhäufung der Parasiten in Folge des verlangsamten Kreislaufes stattfindet. Eine solche Anhäufung findet aber auch in den Theilen statt, in welchen normaler Weise der Blutstrom verlangsamt ist, also in Milz, Leber und Nieren. Milz und Leber geben in Folge dessen in erster Linie Gelegenheit zur Bildung sekundärer Kolonisationen, bei welchen es sich jedoch weit weniger um Verstopfung von Gefässen handelt, wie bei den Embolieen, als um sekundäre Veränderungen der Gewebe, durch welche sehr häufig eine Sequestration der Organismen stattfindet und ein Unwirksamwerden derselben, wenigstens für einige Zeit (Syphilis, Tuberkulose). — Die genannten Erscheinungen geben nach Klebs einigermassen einen Angriffspunkt für die Therapie der hierher bezüglichen Krankheiten, nur darf man den Erfolg nicht, wie dies bisher fast ausschliesslich hinsichtlich der Wirkung des Chinin, der Karbol- und Salicyl-Säure geschah, allein nach dem Verhalten des Fiebers abschätzen, denn es gibt auch

Zustände, in welchen eine längere Zeit anhaltende Temperaturerniedrigung die gesteigerte Konsumption des Körpers begleitet, wie dies sehr häufig bei Versuchsthieren der Fall ist, welchen man behufs der Fiebererregung eine grössere Menge von Infektionsstoffen auf einmal zugeführt hat. So beobachteten Klebs und Sapalski bei solchen Infektionsversuchen eine konstante, oft erhebliche Steigerung des normalen Gewichtsverlustes fastender Thiere. Es zeigte sich 1) dass das durch die Injektion pyrogen wirkenden Eiters erzeugte Sinken der Temperatur aufhörte bei Beschränkung der Wärmeabgabe im Wärmekasten; 2) ergab sich aus kalorimetrischen Messungen, dass während des Sinkens der Körperwärme eine Zunahme in der Ausgabe der Wärme stattfindet, welche zum Theile frei wird, zum Theile zu einer bedeutenden Steigerung der Wärmeverdunstung führt. Diese und die gleichfalls gesteigerte Kohlensäureausgabe bedingen den regelmässig im Fieber zunehmenden Gewichtsverlust. Dem entsprechend ist es einseitig, die Gefahr einer Temperatursteigerung immer als Todesursache in den Vordergrund zu stellen, vielmehr ist bei der Wahl antimykotischer Mittel ausser der Messung der Temperatur vor Allem der Körpergewichtsverlust zu berücksichtigen. Einen sehr wichtigen Faktor bei den Untersuchungen bildet die Beschaffenheit des Harnes, weil gerade durch ihn sehr häufig eine Ausscheidung der Schistomyceten stattfindet, besonders der monadistischen Formen, also derjenigen, welche bei Rheumatismus, Lungenentzündung, Nephritis und Herzklappenkrankheiten vorkommen. Verfasser empfiehlt zum Untersuchen des Harnes ausgezogene, noch heiss an beiden Enden zugeschmolzene Röhrchen anzuwenden. Man taucht ein solches Röhrchen in den Harn, bricht unter der Flüssigkeit das eine Ende ab, in Folge dessen dieselbe von selbst in das sehr verdünnte Luft enthaltende Röhrchen steigt, und schmilzt dann das letztere behufs Aufbewahrung der Probe wieder zu. Bei Gegenwart von Spaltpilzen sieht man sehr bald eine Bildung von weissen Flocken und Ballen. Die Vegetation hört bald auf und man kann nun diese Proben beliebig lange aufbewahren für vergleichende Beobachtungen des Harnes. Die abnehmende Menge und das endliche Verschwinden der Pilzkeime im Harne gibt einen Massstab für den Erfolg der Behandlung. — Ausser den Spaltpilzen kommt bei septischen Prozessen noch die Anwesenheit von Amidosäuren in Betracht, welche dem Verfasser zu folgender Hypothese Veranlassung gibt. Da die gegen mykotische Prozesse als wirksam befundene Benzoë- und Hippur-Säure zu den Körpern gehören, welche sich im Organismus mit Glykochol zu Salicylur-, resp. Hippur-Säure paaren, so ist vielleicht diese Glykocholirung die eigentliche Ursache der Wirksamkeit dieser Körper. Es würde hierbei allerdings vorausgesetzt sein, dass die Glykocholbildung bei jenen Krankheiten vermehrt sei. Klebs prüfte desshalb einige Harnsorten fiebernder Wöchnerinnen, freilich nur nach der R. Engel'schen Methode, auf Glykochol und fand, dass dieselben, zum Theile sehr stark, Quecksilbernitrat reduzirten, ohne dass freies Ammoniak vorhanden war; ebenso zeigten sie eine Blaufärbung mit Phenol und unterchlorigsaurem Natron sowie mit Eisenchlorid dunkelrothe Niederschläge. — Es ist für die Behandlung natürlich von grösster Wichtigkeit, zu wissen, in welcher Konzentration das angewandte Mittel auf die Parasitenbildung hemmend wirkt. Handelt es sich um Herbeiführung einer raschen maximalen Konsentration, so würde man dieselbe am ehesten durch Injektion in die Venen erreichen. Nach Buchholz gibt es *Mittel*, welche schon in einer Konzentration von 0,5 pr. Mille Bakterien tödten, und man würde für einen Menschen von 50 Kilo eine Menge von 2,5 Grmm. brauchen, welche, ins Blut eingespritzt, die nöthige Konzentration darstellen würde, um die Bildung von Bakterien zu hindern. Die Häufigkeit der Wiederholung solcher Gabe würde von der noch zu ermittelnden Schnelligkeit der Ausscheidung abhängen. — Anders verhält es sich bei Herd-Erkrankungen, zumal wenn sie, wie bei Diphtherie, rasch in die Tiefe gehen. Hier sind Mittel von sehr hoher Konzentration, wenn sie nur nicht ätzend wirken, zulässig, ja nothwendig (Borsäure). Handelt es sich um Erkrankungen der Lymphdrüsen, so hat man in die Gewebe resp. die Drüsen selbst die Arznei einzuspritzen. Von den hierher gehörigen Mitteln ist es bekanntlich neuerdings die Salicylsäure, deren fieberherabsetzende Wirkung, besonders bei Typhus, man der Vernichtung der Parasiten zuschrieb. Neuere Versuche jedoch lassen die Richtigkeit dieser Annahme als höchst zweifelhaft erscheinen. Wenn nämlich nach Buchholz salicylsaures Natron erst in einer Konzentration von 1:250 die Bakterienentwicklung hindert und Salicylsäure erst bei 1:312—315 das Fortpflanz-

ngsvermögen derselben vernichtet, so scheint
it der von verschiedenen Beobachtern (Wal-
er, Baumann und Herter, Buchholz)
ir Thiere gefundenen tödtlichen Gabe noch
nge nicht die wünschenswerthe Konzentra-
on erreicht zu sein und wird die fieber-
erabsetzende Wirkung jener Säure irgend
inen anderen Grund haben müssen. Bei
olcher Schwierigkeit resp. der Unmöglichkeit,
ie Salicylsäure in einer den Verhältnissen
ntsprechenden Menge zu verabreichen, und
on der bereits angeführten Vermuthung aus-
ehend, dass die Glykocholirung es sei, welche
ien Nutzen der Salicyl- sowie auch der
Benzoë-Säure bei mykotischen Krankheiten
edinge, glaubt Klebs in dem benzoësau-
en Natron ein Mittel gefunden zu haben,
welches, weil man es ohne Gefahr in grös-
serer Menge verabreichen kann, weit vortheil-
hafter wirkt als die Salicylsäure. Die mit
diesem Salze angestellten Versuche scheinen
seine Ansicht in der That zu rechtfertigen.
Graham Brown zeigte nämlich, dass die
Imprägnation eines Thieres mit Natron ben-
zoicum den Erfolg einer Impfung mit diph-
therischen Membranen zu hindern vermag,
und es würde nach diesen Versuchen bei
einem Menschen von 50 Kilo eine tägliche
Gabe von 30 Grmm. noch nicht in jedem
Falle, von 50 Grmm. dagegen unbedingt eine
Diphtherie-Impfung unwirksam machen und
dies unter den denkbar ungünstigsten Verhält-
nissen. Aus weiteren Versuchen konnte man
den Schluss ziehen, dass 1 pro Mille des
Körpergewichtes das bei subkutaner Einspritz-
ung des benzoësauren Natron zulässige Maxi-
mum sei und 2 pro Mille eine unbedingt
tödtliche Gabe. Ferner zeigte die Untersuch-
ung des Harnes von zwei Kaninchen, denen
10 CC. einer Leimlösung, in welcher Tuber-
kelsubstanz kultivirt worden war, in die Vena
jugularis gespritzt worden waren, deren eines
jedoch nachher in kurzen Pausen noch
5 Grmm. Natron benzoicum in 20%iger Lös-
ung eingespritzt erhalten hatte, dass der Harn
dieses letzteren keine Reaktion auf Amido-
säuren ergab, während der Harn des ersteren
ausserordentlich reich an solchen war. Bei
diesem stieg auch die Temperatur auf 40,5°;
bei dem ersteren, welches Natron benzoicum
eingespritzt erhalten hatte, ging sie innerhalb
72 Stunden von 36,8° auf 35,7° herab und
stieg nur zuletzt auf 39,2° (2 St. 30 Min.
nach der Injektion). In beiden Fällen erfolgte
der Tod. — Hiernach wäre zu schliessen,
dass die Bildung und Ausscheidung der Ami-
dosäuren durch das benzoësaure Natron ge-
hemmt worden sei. Zur arzneilichen Ver-
wendung würde man nur das aus dem Harz
dargestellte Präparat zu benutzen haben, da
die aus Hippursäure dargestellte Benzoësäure
stets übelriechende Stoffe enthält. Die grösste
anzuwendende Gabe würde 5 Grmm. betragen.
Klebs hat dieses Mittel bereits mehrfach bei
Katarrhen des Magens und Darmes, die durch
Infektion entstanden zu sein schienen, mit
Erfolg angewendet.

Zur Histologie der Degenerations-
vorgänge im menschlichen Rücken-
marke theilen die DD. Friedrich Schultze
und Th. Rumpf zu Heidelberg dem Central-
blatte f. d. mediz. Wissensch. (14. Sept. 1878,
Nr. 37) Folgendes mit: „Ewald und Kühne
haben durch die methodische Anwendung der
Verdauung in den nervösen Geweben, sowohl
in den peripheren Nerven als in den Central-
organen, eine neue Substanz nachgewiesen,
welche sie wegen ihrer ausserordentlichen
Aehnlichkeit mit verhornten Epitelien wie mit
Hornsubstanz mit dem Namen „Neurokeratin“
belegten. Durch diese Entdeckung wird die
erste Grundlage zur Erforschung der chemi-
schen Natur der sogenannten Neuroglia ge-
legt, von welcher das Neurokeratin jedenfalls
einen vielleicht nicht unbeträchtlichen Theil
ausmacht. Fehlt auch zu einem Abschlusse
unserer Kenntnisse über das normale Ver-
halten dieser neuentdeckten Substanz noch
viel (indem die ausführliche Arbeit von
Ewald und Kühne über diesen Gegenstand
noch aussteht), so mussten die gefundenen
neuen Untersuchungsmethoden doch dazu auf-
fordern, auf Grund unserer bisherigen Kennt-
nisse auch bei pathologischen Zuständen der
Centralorgane das Verhalten des Neurokera-
tin zu studiren. Wir haben nun zuvörderst
die sogenannte graue Degeneration oder Skle-
rose des Rückenmarkes einer derartigen Un-
tersuchung unterzogen, welche im hiesigen
(Heidelberger) physiologischen und patholo-
gischen Institute angestellt wurde. In einem
Falle der Friedreich'schen hereditären Ataxie,
in welchem sich die typische Degeneration
der Hinterstränge neben Degeneration der
Seitenstränge und eines Theiles der Vor-
derstränge vorfand (hochgradiger Schwund
der Nervenfasern; Auftreten reichlicher, wellig
gebogener, sehr dünner Fibrillen; Vorhanden-
sein zahlreicher Corpora amylacea), zeigte
sich nach der Pepsinverdauung von Präpa-

raten, welche einige Stunden nach dem Tode der betreffenden Patientin in absoluten Alkohol gelegt waren und deren Schnitte nach der Erhärtung durch Behandlung mit siedendem Alkohol und mit Aether völlig entmarkt waren, Folgendes: An den verdauten Querschnitten sind die von der Pia hereinstrahlenden Bindegewebszüge vollständig geschwunden; ebenso ist die feingranulirte Zeichnung, welche die dicht aneinander gedrängten Querschnitte der einzelnen Fibrillen an den degenerirten Partieen zu zeigen pflegen, nicht mehr zu erblicken. Auch die Axencylinder zeigen sich völlig verdaut. Von den Ganglienzellen ist nur ein Haufen von Pigmentkügelchen übrig geblieben; ob an diesen Zellen der Verdauung widerstehende Scheiden vorhanden waren, liess sich nicht mit Sicherheit feststellen. Uebrig geblieben waren die Kerne, die Corpora amylacea und die Hornscheiden. Letztere zeigten sich aber in den degenerirten Abschnitten in sehr beträchtlichem Maasse an Anzahl vermindert. Auf den Längsschnitten sind die welligen Fibrillen völlig verschwunden; auch hier sind die Axencylinder verdaut. Die ausser den Kernen und ausser den Corpora amylacea restirenden Hornscheiden sind im Verhältnisse zu Normalpräparaten nur in ausserordentlich geringer Menge vorhanden; hier und da sieht man Bilder, welche den Eindruck von zerklüfteten Theilen des Horngewebes machen. Im Grossen und Ganzen entspricht die Zahl der noch vorhandenen Scheiden etwa der geringen Summe der in den Degenerationsbezirken noch übrig gebliebenen Nervenfasern. Es erhellt somit, dass die Fibrillen, welche sich bei der Strangsklerose im Rückenmarke zu finden pflegen, sich der Pepsinverdauung gegenüber wie Bindegewebsfasern verhalten (Bilder, wie sie sich bei der Verdauung elastischer Fasern zeigen, liessen sich nicht feststellen) und zeigt sich ferner, dass im Allgemeinen nur soviel Neurokeratin in den degenerirten Abschnitten des Rückenmarkes übrig bleibt, als der restirenden geringen Anzahl von Nervenfasern entspricht. Es wird somit das sonst so ungemein resistente Horngewebe der Nervensubstanz durch den pathologischen Prozess der Sklerose oder, wenn man will, der chronischen Entzündung völlig aufgelöst und zum Verschwinden gebracht. Ob das Keratin der einzelnen Nervenfaser bei diesem Prozesse zugleich mit dem Marke und dem Axencylinder derselben zur Degeneration und zur Lösung gelangt, oder ob es nach oder vor dem Untergange der letztgenannten Substanzen stärkere Veränderungen erleidet, vermochten wir an den gegebenen Präparaten nicht festzustellen. — Ein frischer Fall von sogenannter multipler Sklerose des Centralnervensystemes stand uns bisher nicht zu Gebote. Bei dem im Wesentlichen dem der Strangsklerose gleichenden histologischen Bilde derselben lässt sich indessen das gleiche vorher skizzirte Resultat der Untersuchung erwarten. Auch diejenige Form der fibrillären grauen Degeneration, welche in den späteren Stadien der sekundären Degeneration sich einzustellen pflegt und welche sich histologisch nicht im Geringsten von der primären grauen Degeneration unterscheiden lässt, ergab uns bei der Untersuchung vermittelst der Pepsin-Verdauung die völlig gleichen Resultate. Wir untersuchten einen Fall, bei welchem sich nach einer traumatischen Myelitis der unteren Hälfte der Lenden-Anschwellung nach dem Verlaufe von 7 Jahren eine fibrilläre Degeneration der inneren Abschnitte der Goll'schen Stränge eingestellt hatte. — Interessant erschien es, auch die früheren Stadien der sekundären Degeneration auf das Verhalten des Neurokeratin zu untersuchen, — jene Stadien, in welchen es sich vorzugsweise um eine *Vermehrung* des Bindegewebes mit beginnender Atrophie der Nervenfasern handelt, ohne dass bereits Körnchenzellen zur Entwicklung gekommen sind. In einem derartigen Falle, in welchem sich die Symptome einer Kompressionsmyelitis des Dorsaltheiles acht Wochen vor dem Tode eingestellt hatten und mithin die sekundäre Degeneration höchstens eben so alt sein konnte, zeigte sich das Neurokeratin-Gerüst völlig erhalten, soweit sich dies an Nichtisolationspräparaten erkennen liess; nur schien es — und dies war vorzugsweise an Längsschnitten deutlich — mehr zerklüftet und von unregelmässigerer Form zu sein als im normalen Zustande. Das nicht unbeträchtlich vermehrte Bindegewebe war verdaut und hatte grössere Lücken zwischen den Nervenfasern zurückgelassen, die besonders an den angefertigten Querschnitten sich in ihrem Zusammenhange stark gelockert zeigten, so dass völlig kohärirende grössere Flächen derselben in den degenerirten Abschnitten kaum zu gewinnen waren. Diejenigen Abschnitte desselben Rückenmarkes, welche in Müller'scher Flüssigkeit aufbewahrt wurden, zeigten auf das Deutlichste die gelblich-weisse Verfärbung, durch welche die sekundär entarteten Partieen so leicht kenntlich sind; die vermittelst der

Verdauungsmethode untersuchten Präparate waren der Hals-Anschwellung entnommen.

G. Valentin hat die Stäbchenschicht des Frosches mikrospektroskopisch untersucht und gefunden, dass sie zu dünn ist, um eine deutliche Absorption hervorzubringen; trotz ihrer Einschaltung zeigte das Mikrospektroskop das ganze Spektrum und zwar ohne wesentlichen Unterschied von dem Vergleichsspektrum, dessen Licht nicht durch das Präparat gegangen war. Bei der Untersuchung mit einem einzigen Nicol verrieth sich kein Merkmal von Dichroismus oder Polychroismus. Bewahrt man frische Froschnetzhäute auch in einem dunklen Raume auf, so bleichen sie doch ab; nur ausnahmeweise kommt es vor, dass man am folgenden Tage noch einen schwachen Rest des Netzhautrothes entdeckt oder erkennt. Drei Tage nach der Durchschneidung des Nervus opticus beim Frosche fand Valentin das Sehroth noch erhalten. Die Anwesenheit von Sauerstoff scheint für die Fortdauer des Sehrothes nicht nothwendig zu sein; wenigstens erhielt sich dies letztere in der Torricelli'schen Leere und in Steinöl. Bei einer Temperatur von — 6 Centigraden und 5 Minuten Dauer wird der Sehpurpur völlig zerstört; ebenso bei minutenlanger Einwirkung einer Temperatur von — 13 Centigraden. Verhältnissmässig weniger als die Kälte schaden höhere Wärmegrade; doch wird bei einer Temperatur von 50—60° C. das Sehroth in der Regel fast ganz zerstört. Starke konstante und tetanisirende Ströme vermochten die Netzhaut im Auge des Frosches nicht zu bleichen. Die Angaben des Verfassers über das Verhalten des Sehrothes zu den verschiedensten chemischen Reagentien sind im Originale nachzulesen. — Ueber das Sehroth bei Säugethieren hat derselbe zahlreiche ophthalmoskopische Untersuchungen, meist bei monochromatischer Beleuchtung, angestellt. Er gelangte zu dem Resultate, dass zwischen der rothen und der im Lichte gebleichten lebenden Netzhaut unter gewissen Vorsichtsmassregeln ein ophthalmoskopischer Unterschied mit Sicherheit zu erkennen ist. Bewahrte Valentin Stücke der rothen Netzhaut eines Rindes in Gaskammern auf, so erschienen die, welche in der atmosphärischen Luft verweilt hatten, am meisten abgeblasst; weniger die in Wasserstoff und Kohlensäure, am wenigsten die in Kohlenoxyd. Bei den winterschlafenden Murmelthieren ist das Sehroth gleichfalls vorhanden und besitzt einen hohen Grad von Lichtempfindlichkeit. — In einem Nachtrage theilt Verfasser endlich noch weitere Versuche über die Einwirkung der Elektrizität auf das Sehroth mit. Er hat nämlich gefunden, dass eine kräftige und andauernde Elektrolyse das Sehroth zerstört, und diese zerstörende Wirkung tritt eher an dem positiven Pole, wo die elektronegativen Körper (Säuren und Sauerstoff) sich abscheiden, als an dem negativen Pole ein, wo die Alkalien und der Wasserstoff frei werden. Valentin ist desshalb geneigt, die kräftigste Wirkung auf das Sehroth nicht so sehr den Säuren wie dem frei werdenden thätigen Sauerstoffe zuzuschreiben. — Endlich wiederholt und bekräftigt Verf. noch seine schon oben ausgesprochene Behauptung, dass auch bei möglichster Abhaltung des Lichtes das Sehroth sich nicht auf unbestimmte Zeit zu erhalten vermag. (Moleschott's Untersuchungen zur Naturlehre, XII.) —

Nach dem Vorgange von Balmanno Squire hat Dr. Vidal zu Paris die Operation der Naevi mittelst multipler Skarifikationen in vielen Fällen mit Erfolg vorgenommen und mannigfache Missgestaltungen im Gesichte wie an anderen Körpertheilen beseitigt. Durch Herbeiführung von Gefässobliterationen und Bildung von Narbengewebe mittelst vielfacher Einschnitte werden grosse Naevi verkleinert, kleinere sogar ganz zum Verschwinden gebracht. Nach der dritten oder vierten Skarifikation, manchmal sogar noch früher, sieht man an den operirten Stellen eine Farbenveränderung, da im Kontraste zu der dunkelweinrothen oder schwarzen Farbe der noch nicht behandelten Partieen die behandelten eine rosige Farbe annehmen. Bald darauf bilden sich im Naevus kleinere oder grössere Inseln, welche mit der Zeit die Farbe der gesunden Nachbartheile bekommen. Was aber das Wichtigste bei dieser Operation ist, das ist der Erfolg, dass die skarifizirten Stellen oft keine Spur von Narben aufweisen. — Zur Operation empfiehlt Vidal kleine lancettförmige, feine, schneidige, den Haarnadeln ähnliche, aber viel dünnere Nadeln, mit welchen man mehrere 1—1.5 Mm. tiefe Inzisionen macht. Geschehen die Skarifikationen tiefer, dann können Narben entstehen. Man macht zuerst mit der Nadel eine Reihe von parallelen Skarifikationen in

jedesmaliger Entfernung von 2 Mm., wiederholt diese der Reihe nach mehrere Tage in derselben Ordnung, so dass man sie in der Zeichnung eines Damenbrettes vollzieht. Bei kleinen Naevis kann man mit einer einzigen Operation sich begnügen, bei grösseren, zumal im Gesichte, muss man mehrere Sitzungen mit den Kranken vornehmen. Zwei Umstände hindern bisweilen die Durchführung des Verfahrens: der Schmerz und die Blutung. Ersterer kann jedoch durch Aetherzerstäubung verhütet werden, wenn die zu Operirenden sehr empfindlich sind. Meist können die Kranken die Skarifikation ohne lokale Anästhesirung vertragen. Bei Blutungen genügt gewöhnlich die Anwendung von Zunder oder Schwamm, selten braucht man zum Liquor ferri seine Zuflucht zu nehmen. Da, wo etwaige heftige Hämorrhagieen die Patienten herunterbringen, mache man grössere Intervalle zwischen den einzelnen Skarifikationen. Nach Beseitigung der Blutung müssen die skarifizirten Stellen mit einem feinen feuchten Pinsel ausgewaschen werden, damit keine Spur von Blutklümpchen die Heilung beeinträchtige. Die Behandlungsdauer variirt je nach der Ausdehnnng des Naevus und genügen bei dem einen 2, bei anderen 5—6 Sitzungen in längeren oder kürzeren Zwischenräumen. Vidal hat sogar in einzelnen Fällen 20 Sitzungen behufs Skarifikationen in grösseren Pausen vornehmen müssen, schlägt jedoch den erreichten Erfolg höher an als das Missliche der langen Behandlungsdauer. Derselbe stellte im Spitale St. Louis zu Paris mehrere sehr interessante Fälle vor, in welchen es ihm gelungen war, die Naevi zu entfernen, so dass die früher röthlich-schwarzen Stellen jetzt blass geworden sind. Er hält die Operation behufs Beseitigung der Entstellung mancher sonst schönen Gesichter für überaus wichtig. (Journ. de méd. et chir. prat., 1878.) —

A. Mosso hat den physiologischen Einfluss des Aufenthaltes in komprimirter Luft auf den Menschen in Bezug auf 1) die Blutvertheilung, 2) den Herzschlag und 3) die Respiration studirt. Der angewandte Druck betrug durchweg das Doppelte einer Atmosphäre. — Ad 1) Die Blutvertheilung untersuchte er vermittelst des von ihm erfundenen Plethysmographen, der am rechten Vorderarme des Versuchsindividuums befestigt war. Die mittelst dieser Methode gewonnenen Ergebnisse sind folgende: a) die erste Einwirkung der komprimirten Luft bringt als mechanischen Effekt eine starke Kontraktion der Gefässe der Körperperipherie hervor; b) schnelles Ansteigen des Druckes scheint das Volumen, d. h. die Blutfülle des Vorderarmes, zu vermehren; doch ist diese Thatsache noch nicht festgestellt, bedarf vielmehr noch weiterer Untersuchung; c) Verminderung des Druckes bringt konstant eine sehr erhebliche Verminderung des Volumens des Vorderarmes hervor; d) lässt man den Druck sinken und hält ihn dann 3 Minuten lang konstant auf 440 Mm. Quecksilber, so vermehrt sich in dieser Zeit das Volumen des Vorderarmes; verlangsamt man das Sinken des Druckes zwischen 500 und 450 Mm., so vermindert sich die sub c) beschriebene Verminderung des Volumens des Vorderarmes; e) die spontanen Gefässbewegungen sind im Allgemeinen weniger ausgeprägt, wenn durch Sinken des Druckes eine starke Volumsverminderung des Vorderarmes hervorgebracht wird; f) auf die Wiederherstellung des gewöhnlichen Barometerdruckes folgt sofort eine Volumsvermehrung des Vorderarmes, welcher damit zu seinem ursprünglichen Volumen zurückkehrt; g) alle nach dieser Versuchsmethode ermittelten Thatsachen lassen sich auf dem Wege einer mechanischen Theorie nicht erklären, ja sie stehen mit einer solchen in offenbarem Widerspruche, so namentlich die Thatsache, dass eine starke Volumsverminderung des Vorderarmes gerade dann eintritt, wenn durch Verminderung des Luftdruckes die periphere Cirkulation erleichtert und durch Verminderung des peripheren Widerstandes das Blut an die Peripherie gezogen wird. — Ad 2) Mittelst eines eigens konstruirten Wassersphygmographen, dessen Beschreibung im Originale nachzulesen ist, studirte Mosso die durch die komprimirte Luft bedingten Veränderungen des Herzschlages. Ebensowenig wie die mittelst des Plethysmographen lassen sich die mit dem Wassersphygmographen beobachteten Thatsachen durch eine mechanische Theorie erklären, denn a) die von Vivenot beschriebene und als Stütze seiner mechanischen Theorie verwerthete Verminderung der Pulsfrequenz wird nach Mosso durchaus nicht während der ganzen Dauer der Druckvermehrung, sondern regelmässig nur dann beobachtet, wenn der Luftdruck zu sinken beginnt, also gerade in einer Periode, in welcher nach Marey in Folge der Verminderung des peripheren Widerstandes eine Vermehrung der Pulsfrequenz eintreten sollte;

b) ausnahmeweise kann die Zahl der Herzsystolen anstatt vermindert auch vermehrt sein und im Allgemeinen überdauert die Pulsverminderung auf kürzere oder längere Zeit die Dauer der direkten Einwirkung der komprimirten Luft; c) während der Veränderungen des Barometerdruckes können Perioden grösserer oder geringerer Pulsfrequenz unter einander abwechseln; diese Veränderungen vollziehen sich ohne den nachweisbaren Einfluss mechanischer Momente und sind wahrscheinlich allein durch die veränderte Herzinnervation bedingt. — Ad 3) Bei den Respirationsversuchen bediente sich Mosso einer sehr empfindlichen Gasuhr und liess das Versuchsindividuum durch eine mit Gyps befestigte Guttaperchamaske aus- und einathmen. Es liessen sich dabei zwei bemerkenswerthe Thatsachen konstatiren, nämlich die grössere Tiefe der einzelnen Respirationen bei erhöhtem Luftdrucke und die Abnahme des mittleren Respirationsdruckes, während der Barometerdruck zur Norm zurückkehrt. — Alle diese verschiedenen physiologischen Thatsachen auf mechanischem Wege (Vivenot) durch die blosse Druckvermehrung zu erklären ist nach Mosso absolut unthunlich. Er schliesst sich vielmehr der Ansicht von Paul Bert an, wonach „die Veränderungen des Luftdruckes auf die Pflanzen und Thiere keine mechanische, sondern ausschliesslich eine chemische Wirkung ausüben". (Centralblatt f. d. mediz. Wissensch. v. 21. Sept. 1878, Nr. 38.) —

In der Wiener mediz. Wochenschrift, 1878, Nr. 15 u. 16, theilt Dr. Emil v. Stoffella drei Fälle von Schwellung der Gegend der linken Fossa supraclavicularis bei Neuralgia cervico-brachialis mit. Im ersten Falle fand sich bei einer 48jähr. Dame, welche an beginnender Tabes litt, eine sich ziemlich derb elastisch anzufühlende Geschwulst in der fraglichen Gegend vor, welche Schwellung eine glatte Oberfläche zeigte und gegen Druck nicht empfindlich war. Schilddrüse, Herz und Lungen liessen keine Abnormität erkennen. Im zweiten Falle erkrankte ein 50jähriger Mann an Cervico-Brachialneuralgie. Die Schmerzen schwanden nach 6 Monaten, nur im 4. und 5. Finger der linken Hand blieb ein Gefühl von Taubheit zurück und ausserdem zeigte sich in der linken Oberschlüsselbeingrube genau eine solche Geschwulst wie im ersten Falle. Der dritte Fall endlich betrifft eine 33jähr. Dame, welche seit zwei Monaten an heftigen Anfällen von Stenokardie mit in die linke Schulter und den Arm ausstrahlenden Schmerzen litt. Ausserdem trat während der Anfälle eine Schwellung der linken Seite des Halses auf, welche je nach der Schwere der Anfälle entweder an demselben Tage oder erst nach mehreren Tagen schwand. Die Untersuchung ergab grosse Empfindlichkeit des Cervicobrachialgeflechtes und eine Schwellung gleich der im ersten Falle. — Stoffella wirft nun die Frage auf, ob vielleicht eine Neuralgie resp. eine Neuritis der Cervicobrachialnerven der linken Seite im Stande wäre, durch in ihrem Gefolge auftretende Nutritionsstörungen die Schwellung der Gegend der linken oberen Schlüsselbeingrube zu erklären. Er erinnert zunächst an die Versuche Brown-Séquard's, welche die Abhängigkeit trophischer Störungen von Reizung der Nerven darthun, weiterhin an die durch die klinische Erfahrung dargethane Verbindung zwischen Neuralgieen und Ernährungsstörungen der Haut und andererseits an die pathologisch-anatomisch nachgewiesene Abhängigkeit der neuralgischen Erscheinungen von entzündlichen Zuständen der Nerven. Ausser Exanthemen lehrt die Erfahrung noch folgende trophische Störungen der Haut bei Neuralgieen kennen: Differenzen in der Temperatur und Schweissabsonderung, Steigerung oder Verminderung des Haarwachsthumes, Verbildung der Nägel, Hypertrophie und Atrophie der Haut, Zunahme des Fettpolsters und Anschwellungen der Haut und des Unterhautzellgewebes. Für letztere Erscheinung finden sich in einer von Mitchell, Morehouse und Keen veröffentlichten Monographie Beispiele, bei welchen nach Schussverletzung von Nerven in deren Gebiet Oedeme auftraten. Hamilton berichtete über zwei Fälle, welche hierher gehören, ebenso Roux und Watson über je einen Fall. Es ist jedoch kein Zweifel, dass auch auf nicht traumatische Weise zu Stande gekommene entzündliche Nervenreizungen gleichfalls die fragliche Erscheinung veranlassen können. So berichtet Remak wiederholt über das Auftreten von Oedem bei Neuritis und Leudet sah in zwei Fällen Schwellungen als Symptome peripherischer Neuritis bei Vergiftung mit Kohlendunst, von welchen Fällen der eine lethal verlief und die Autopsie die Diagnose Neuritis bestätigte. Nach dem Allen glaubt Stoffella auch in seinen drei Fällen die Schwellung der Haut als durch

eine Affektion der Cervicobrachialnerven bedingt ansehen zu dürfen. —

Die prognostische Wichtigkeit der beginnenden Eiterung bei fungöser Gelenkentzündung erhellt aus der Thatsache, dass einmal gebildete Gelenk-Abszesse bei Erwachsenen fast niemals, bei Kindern nur selten wieder resorbirt werden, und daraus, dass solche sich selbst überlassene Eiterungen eine üble Vorhersage haben. Prof. Dr. König fand nun, dass man aus dem Gange der Körper-Temperatur meist den Beginn der Eiterung diagnostiziren kann; die granulirende Synovitis als einziges Leiden eines Kranken hat in der Regel keinen abnormen Gang der Körperwärme zur Folge. Allerdings sind Individuen mit solchen Leiden sehr irritabel und bekommen leicht auf geringe Veranlassungen (Anlegung eines Verbandes, Transport) eine Temperatursteigerung, doch ist diese nur von kurzer Dauer. Temperatur-Steigerungen von längerer Dauer deuten darauf hin, dass in dem fungös erkrankten Gelenke Eiterung beginnt, wenn sie nicht etwa durch anderweitige, von der Gelenk-Affektion unabhängige Prozesse verursacht sind. Die Abendtemperatur erreicht dabei öfter nur eine geringe Höhe, doch ist die Morgen-Remission beträchtlich, so dass die Kurve meist steiler ist als eine normale; bei besonders anämischen Kranken fällt die Morgen-Temperatur sogar unter die Norm. Zuweilen ist die Entwickelung von Abszessen nicht von Fieber begleitet, häufiger wird der Kranke nach der Entwicklung eines kalten Abszesses fieberfrei, wohl desshalb, weil die derbe Abszess-Membran der Resorption fiebererregender Stoffe widersteht. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, X. Bd. S. 1 ff.) —

Dr. L. Mc. Lane Tiffanig hatte Gelegenheit, fünf Fälle von Syphilis der Lunge zu beobachten und glaubt daraus folgende Sätze ableiten zu dürfen: 1) Bei syphilitischen Erwachsenen kommt gleichzeitig mit der Periode der gummösen Ablagerungen eine eigenthümliche graue Infiltration der Lunge vor. 2) Diese Infiltration findet sich mit Vorliebe in der Mitte der Lunge. 3) Die Infiltration hat die Tendenz zu Zerfall und Kavernenbildung. 4) Sie vernarbt ausnahmeweise. 5) Der Verlauf der Infiltration lässt sich durch eine antisyphilitische Behandlung beeinflussen. 6) Ungeachtet der Kavernen sind pleuritische Adhäsionen selten. (Amer. Journal Bd. 147 S. 90 ff.)

Die Anwendung des Lister'schen Verfahrens empfiehlt Prof. Dr. H. Busch zu Bonn bei Verbrennungen. Die verbrannte Stelle wird sorgfältig desinfizirt und dann mit Leinewand bedeckt, die mit Lister'scher Borsalbe bestrichen ist; darauf folgt die Einhüllung mit Karbolgaze oder Salicylwatte. Unter dieser Behandlung geht die Abstossung des Nekrotischen nicht in der gewöhnlichen stürmischen Weise vor sich und es schiesst das Granulations-Gewebe, welches die Abstossung besorgt, niemals in üppiger Form auf, sondern bildet nur unbedeutende mit wenig Eiter bedeckte Erhebungen. Am auffälligsten aber ist das definitive Resultat in der Benarbung: anstatt der sonstigen mächtigen Narbenbrücken, welche die Oberfläche überragen und die Nachbargewebe heranzerren, entsteht eine fast glatte Narbe, die elastisch und dehnbar bleibt und die Kontraktur nicht einleitet. (v. Langenbeck's Archiv etc. Bd. XXII S. 151.) —

Dr. Roberts, ein Neffe des Präsidenten der Republik Liberia, berichtet im London Medical Record 1878 Nr. 36 über die hämostatischen Eigenschaften einer dortselbst einheimischen Pflanze, der *Aspilia latifolia*, welche an's Wunderbare streifen, so dass die Eingeborenen dieselbe allen von Europäern angewandten Heilmitteln und Heilmethoden vorziehen. Verf. selbst habe in mehreren Fällen von Arterienverletzungen von den aufgelegten zerstossenen Blättern und Blüthen den Stillstand der Blutung in wenigen Minuten und die Heilung der Wunden in einigen Tagen erfolgen gesehen. Obgleich es noch nicht eruirt ist, ob die Heilung, wie bei Anwendung von Matico, eine mechanische ist, oder ob der Saft dieser Pflanze wie der von Jatropha Curcas eine das Blutfibrin zur Gerinnung bringende Eigenschaft besitzt, so verdient jedenfalls dieses Heilmittel eine Würdigung seitens der Pharmakologen, zumal da die zweifelhafte Wirkung des Ergotin die Praktiker zuweilen im Stiche lässt. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

. 41. *Erlangen*, am 12. Oktober 1878.

chentlich Bogen von Quartseiten. s jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

lt. Ueber Flecktyphus. Ueber Glaskörperentzündung. Die lokale Temperatur bei Pleuritis. Glyzerinwirkungen. Ueber Sehroth. Die Steiss- und Fusslagen, deren Gefahren und Behandlung. Gelangt das verdaute Eiweiss durch den Brustgang in das Blut? Schädlichkeit des Zungenabschabens. Jodoform gegen Kehlkopfgeschwüre. Ueber Syphilis Schwangerer. Resultate aus Versuchen mit salzsaurem Pilokarpin. Elastischer Höllensteinstift.

Dem amtlichen Berichte des Regierungs- d Medizinal-Rathes Dr. Pistor zu Oppeln ber die Flecktyphus-Epidemie in berschlesien 1876/77" entnehmen wir ach der Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. öffentl. Sanitätswesen, 1878, Juli) Folgen- s: Der exanthematische Typhus ist im Re- erungsbezirke Oppeln seit der verheerenden idemie während der Jahre 1847—49 nie eder ganz erloschen; fast in jedem Jahre nd seit jener Zeit vereinzelte oder auch ufigere Erkrankungen am Fleckfieber zur enntniss der Behörden gekommen; doch fand ne grössere Verbreitung der Krankheit in nzelnen Kreisen des Departements nur in n Jahren 1855 und 1856 bis zum Ausbruche r vorjährigen Epidemie wieder Statt. Bevor erf. auf die letztere näher eingeht, gibt er nen kurzen historischen Rückblick auf Entehung und Verbreitung der früheren Epideieen, der in ätiologischer und prophylakscher Beziehung von hohem Interesse ist.— ymptome, Verlauf und Behandlung es Flecktyphus: Die Mehrzahl der Kranen fühlte sich einige, etwa 2—5 Tage, beor sie das Bett aufsuchten, matt und hinillig, appetitlos, klagte über Kopf-, Nackennd Glieder-Schmerzen, schlief schlechter, urz sie befand sich in jenem unbehaglichen ustande, welcher fieberhaften Krankheiten icht selten vorauszugehen pflegt. Kamen olche Individuen zufällig einem Arzte zu esichte, so konnte derselbe oft dann schon in Steigen der Temperatur bis zu 38.5 oder 39.0° konstatiren. Nicht selten kam Nasenbluten vor. Auffallend war vom Beginn der Krankheit an bis zur völligen Genesung die enorme Muskelschwäche. Der von den meisten Kranken, welche ja so leichte Unpässlichkeit nicht beachten, als Termin des Beginnes der Krankheit bezeichnete Tag kennzeichnete sich durch wiederholtes Frösteln, noch häufiger durch einen wirklichen Schüttelfrost, gleichzeitig nahmen Schnupfen und Husten, falls vorhanden, zu, die Glieder-, Nacken- und Kopf-Schmerzen wurden heftiger, der Durst steigerte sich und das Thermometer zeigte in der Achselhöhle 40—41° C. bei 100—120 Pulsschlägen in der Minute. Die Zunge erschien dick weiss belegt, der Stuhl war angehalten, dabei war jedoch die Ileocoecalgegend weder empfindlich, noch nahm man bei der Palpation das bekannte Gurren wahr. Der Appetit lag gänzlich darnieder; der Durst war bedeutend vermehrt; ein dunkel-tingirter Urin wurde entleert; das Gesicht war meist hochgeröthet. In einzelnen Fällen wurde Erbrechen oder Durchfall beobachtet, welche aber bald wieder cessirten. Eine Vergrösserung der Milz wurde nicht immer konstatirt. — Die genannten Erscheinungen steigerten sich dauernd, auch nachdem gewöhnlich am 4. oder 5. Tage nach dem initialen Froste die ersten Roseolaflecke am Rumpfe zum Vorscheine gekommen waren. Diese Flecke, welche schon häufig und auch in der abgelaufenen Epidemie als Hauptkriterium des exanthematischen Typhus hingestellt wurden,

sind anfangs zerstreut, klein, etwa linsengross, bei schmutziger Haut, die bei Hütten- und Berg-Leuten nicht selten ist, und bei dem in den Wohnungen des Proletariates nur homöopathisch dosirten Tageslichte oft sehr schwer, bei künstlicher Beleuchtung aber gar nicht zu erkennen. In leichten Fällen blieb es bei einer geringen Eruption am Rumpfe, in der Mehrzahl der Fälle aber waren auch die Extremitäten mit Roseola mehr minder dicht besäet, in schweren Fällen so dicht, dass die runden Flecke zu Inseln konfluirten; in den schwersten Fällen traten die dunkelkirschrothen Petechien auch während dieser Epidemie hervor. Die Temperatur erreichte zu dieser Zeit des Abends meist 40—41°.5 C.; die Kranken wurden nicht selten unbesinnlich und schlafsüchtig, manche delirirten, rutschten im Bette herab etc. Nachschübe des Exanthemes kamen öfter zu Anfang der zweiten Woche vor; bisweilen wurden Fieber-Remissionen zu Ende der ersten Woche beobachtet. Charakteristisch aber war in allen Fällen, mit wenigen Ausnahmen, der fast kritische Abschluss der Krankheit bis zum Ende der zweiten Woche; nach einigen Beobachtungen war der 11., nach anderen der 12. oder 13. Tag der entscheidende; in dieser Zeit trat im Falle der weitaus häufigeren Genesung Nachlass aller Erscheinungen ein; der Kranke, welcher heute Abend noch bei sehr frequentem aber erbärmlichem Pulse, grosser Schwäche der Herzaktion, bei einer Temperatur von 41—41°.5 jeden Augenblick den tödtlichen Ausgang befürchten liess, war am morgigen Tage fieberfrei und bekam oft schon nach wenigen Stunden Appetit, um bei gehöriger Pflege direkt in die Rekonvalescenz überzugehen und 4—5 Wochen nach dem Initialfroste geheilt zu sein. Eben so schnell trat in den tödtlichen Fällen meist die Katastrophe ein. — Was die Inkubationszeit anbelangt, so wird deren mittlere Dauer nach den hier gemachten Erfahrungen auf 12—14 Tage angenommen. — Die Ergebnisse von vier im Ganzen gemachten Obduktionen weichen in nichts von dem bekannten Befunde ab; Darmgeschwüre fand man nicht. — Der Verlauf der einzelnen Fälle wie der der Epidemie war im Allgemeinen ein milder; Petechien wurden nur ausnahmeweise beobachtet; die Mortalität war im Durchschnitte nicht hoch (6.98 in den Krankenhäusern, 10.57 in der Privatpraxis) und die Rekonvalescenz meist nach vier Wochen beendet. Die Ausdehnung der Epidemie muss mit Rücksicht auf die Dichtigkeit der Bevölkerung, auf den regen Verkehr und auf den für zymotische Krankheiten so überaus günstigen Boden eine geringe genannt werden. — Eine Behandlung der Kranken konnte eigentlich nur in den besseren Krankenhäusern Platz greifen, da diejenigen Kranken, welche in ihrer Behausung verblieben, der Mehrzahl nach zu jener Klasse der Gesellschaft gehörten, bei denen von einer medizinischen Behandlung kaum ein Erfolg zu erhoffen ist. Drei therapeutische Methoden dürften nach Verf. zu unterscheiden sein: a) die Wasserbehandlung, bald verbunden mit Chinin oder Salicylsäure, bald für sich allein angewendet, bald durch niedere Temperaturen stark abkühlend, bald durch gemässigte Temperaturen allmähliger wirkend; b) die exspektative Methode; c) Behandlung lediglich mit grossen Dosen von Chinin oder Salicylsäure unter gleichzeitiger Anwendung von Excitantien, besonders alten Weinen. Mittelst dieser letzteren Methode scheinen besonders günstige Resultate erzielt worden zu sein. — Als Resultat seiner detaillirten Erörterungen aller dabei in Betracht kommenden Verhältnisse stellt Pistor folgende Schlusssätze auf: A. Aetiologisches: 1) Der letzte bis dahin noch unbekannte Grund der Entstehung des Flecktyphus ist vielleicht in Witterungseinflüssen, vielleicht in der Wirkung kleinster Organismen auf den menschlichen Körper zu suchen. 2) Diese letzte Ursache muss aber einen geeigneten vorbereiteten Boden finden, wenn es zu Massen-Erkrankungen kommen soll. 3) Ein derartiger Boden wird geschaffen durch die mehr oder weniger intensive und gleichzeitige Einwirkung von a) Zusammendrängen vieler unreinlicher Menschen in enge, feuchte, schlecht ventilirte Räume (schlechte kleine Wohnungen, Schiffsräume, Kriegslager etc.); b) Durchfeuchtung des Wohngrundes durch Ueberschwemmungen oder durch anhaltende Regengüsse; c) schlechter Ernährung, welche ebenso durch Mangel an Nahrungsmitteln wie durch geringen Verdienst bedingt werden kann. Die In- und Extensität der Epidemie wächst mit der Zunahme der gedachten Missstände. — B. Massregeln gegen den Flecktyphus mit besonderer Berücksichtigung der oberschlesischen Verhältnisse. I. Vorbeugungsmassregeln: 1) Stete Sorge für genügende Wohnungen nach Zahl und Raum. 2) Förderung der Reinlichkeit in und um die Wohnungen wie jener der Bewohner selbst. Dazu muss bei der oberschlesischen Bevölkerung vor allen Dingen

Reinlichkeitssinn erst geweckt werden; ser aber nimmt bekanntlich beim Steigen Schul- und sittlichen Bildung wie des hlstandes zu, daher: 3) dauernde Förder- der Schul- und sittlichen Bildung, wie bung des Wohlstandes, nicht allein durch Behörden, sondern auch durch Diejenigen, lche durch Beruf, Besitz oder Stellung su eben so berufen wie verpflichtet sind. Möglichste Trockenlegung des durchfeuch- ten Bodens. 5) Errichtung zweckmässiger rankenhäuser in genügender Zahl. 6) Be- haffung gesundheitsgemässen und reichlichen rinkwassers, besonders im Industrie-Bezirke.) Verbesserung der etwaigen schlechten Er- ährung je nach Umständen durch Beschaff- ng auskömmlichen Verdienstes für die arbei- nden Klassen oder durch Zufuhr von Nahr- ngsmitteln. Diese Massregeln erst beim Aus- ruche einer Epidemie anordnen oder aus- führen zu wollen, ist irrationell; in seuche- reien Zeiten sorge man für die Beseitigung ler erwähnten Missstände. — II. Bei Aus- ruch der Epidemie muss Folgendes geschehen: 3) Sofortige Meldung jeder verdächtigen Er- krankung. Da diese Anzeige, hier wenigstens, nicht immer zu erzielen ist: 9) Durchsuch- ung der Wohnungen, namentlich der niedri- geren Gasthäuser, nach Kranken. 10) Isolir- ung der Kranken, wenn möglich; Ueberführ- ung derselben in zweckmässig eingerichtete Krankenhäuser. 11) Nach dem Erlöschen der Krankheit ausgibige Desinfektion der Wohnungen, Möbel und Utensilien, wo mög- lich Vernichtung der Leib- und Bettwäsche, des Bettstrohes etc. 12) Verbot des Leichen- gefolges, mindestens der Trauerversammlungen im Sterbehause bei allen Klassen der Gesell- schaft. 13) Schleunige Fortschaffung der Leiche aus dem Sterbehause. 14) Schleunige Beerdigung der Leiche ohne Waschung und Umkleidung derselben. 15) Schliessung un- gesunder und Evacuirung überfüllter Wohn- ungen. 16) Bezeichnung der Wohnungen von Typhuskranken durch eine deutlich beschrie- bene Tafel. 17) Schliessung der Schulen und des Konfirmanden-Unterrichtes in Ortschaften, in welchen der Flecktyphus herrscht. Falls mehrere Ortschaften zu einer Schule gehören beziehungsweise deren Kinder bei demselben Pfarrer vorbereitet werden, Ausschliessung der Kinder aus den befallenen Ortschaften vom Unterrichte. 18) Zweckmässige Ernähr- ung der Kranken wie der Gesunden. 19) Un- tersagung der Benutzung öffentlicher Fuhr- werke zum Krankentransporte bei hoher Strafe. 20) Schnelles und energisches Vor- gehen der Kreis- und Kommunal-Behörden beim Auftreten der ersten Typhusfälle; Kon- trole der Ausführung der getroffenen Anord- nungen lediglich durch die Medizinalbeamten.

Bei der Heidelberger ophthalmologischen Gesellschaft, Sitzung vom 12. und 13. August 1878, sprach Prof. Schmidt-Rimpler „über Glaskörper-Entzündung“. Eine Reihe klinischer Beobachtungen deutet darauf hin, dass der Glaskörper sich genuin entzün- den kann. Es zählen hierher die dicken, mit Streifen gemischten Trübungen, die bei ein- zelnen Individuen immer von Neuem wieder auftreten, nachdem der Glaskörper sich schon ganz gelichtet hatte und bei denen man keine Chorioidalveränderungen trifft; weiter die bis- weilen nach Glaskörpervorfall eintretende eiterige Infiltration (Hyalitis suppurativa v. Graefe), zu der erst später sich Irido-Chorioi- ditis gesellt; ferner manche Eiterbildungen nach Trauma und Aehnliches. Die noch häu- fige Angewohnheit, bei allen Glaskörper-Affek- tionen eine Chorioiditis oder Cyclitis zu dia- gnostiziren, erscheint keinesfalls berechtigt; selbst wenn man sich ablehnend gegen eine reine Hyalitis verhält, sollte man doch für bestimmte Fälle wenigstens auf die Netzhaut als die nächstanliegende Membran rekurriren. Schweigger, v. Wecker und Schnabel haben in neuerer Zeit ähnliche Anschauungen ausgesprochen und die Möglichkeit eines selbstständigen Auftretens einer Glaskörper- entzündung betont. Es standen ihnen aber bisher immer die experimentellen Untersuch- ungen von H. Pagenstecher entgegen, die zu beweisen schienen, dass der Glaskörper ausser Stande sei, sich zu entzünden. Es gelang diesem Forscher nicht, durch Einführ- ung von Metallstücken und Lymphröhren, die mit Höllensteinlösung oder Krotonöl gefüllt waren, in den Glaskörpern von Kaninchen einen Reiz zu setzen, auf den eine Entzünd- ung folgte. Immer schien die Trübung von der Perforationsstelle (hinterer Bulbusab- schnitt) als dem Entzündungsherde auszu- gehen. Ohne diese fleissigen Versuche, was die Richtigkeit der Beobachtung betrifft, an- zweifeln zu wollen, bleibt bei dem negativen Ausfalle derselben immer die Einwendung, dass die Reizmittel eben nicht geeignet waren. Aus früheren Versuchen mit Hornhautimpf- ungen habe ich eine sehr entzündungserregende Materie in dem Sekrete der Thränensack-

blennorrhoe kennen gelernt und beschloss dasselbe zu Einspritzungen in den Glaskörper mittelst einer sehr feinen Kanüle zu benützen. Zuerst wurden, wie Pagenstecher es gethan hat, die Injektionen in dem hinteren Bulbusabschnitte gemacht. Vorher war die Spitze der Kanüle, um eine Infektion bei der Perforation durch die Umhüllungsmembran zu vermeiden, auf's Sorgsamste mit Chlorwasser gereinigt worden. Nachdem die Kanülenöffnung im Pupillargebiete erschienen war, wurde das Sekret entleert. Das Ergebniss war folgendes: Mit dem Augenspiegel sah man die betreffende Masse im Glaskörper liegen, meist durch einen Trübungstreifen mit der Perforationsstelle in Verbindung, in anderen Fällen aber auch frei. Nach etwa vier Stunden beobachtete man eine stärkere Schleimabsonderung mit Konjunktivalhyperämie. Bei durch Atropin erweiterter Pupille sah man, wie die Trübung sich vergrössert hatte und wenn auch nicht immer von allen Seiten her gleichmässig, so doch keinesfalls nur von der Perforationsstelle her. So sah ich bisweilen nur noch an einem Viertel des Randes der rundlichen Kugel einen röthlichen Reflex aus dem Augenhintergrunde kommen, während an den übrigen drei Vierteln die Eitermasse den Augenhäuten anlag. Einige Stunden später bemerkte man meist eine leichte Iritis, die dann zunahm und nach etwa 20—24 Stunden zu reichlichem Hypopyon geführt hatte. Die Sektion der Augen zeigte den Glaskörper in eine, molkige Eitermasse enthaltende Flüssigkeit verwandelt; die Netzhaut löste sich leicht von der Chorioidea und blieb häufig am Glaskörper haften. Makroskopisch und mikroskopisch zeigte die Gefässhaut keine hervorragenden entzündlichen Veränderungen; hingegen war die Netzhaut öfter — besonders bei später Enukleation — eiterig infiltrirt. — Um aber den Einwand zu vermeiden, dass eine Infektion der Chorioidalwunde stattfinde, machte ich dieselbe Injektion von vorne, nachdem ich Monate vorher dem betreffenden Kaninchen die Linse extrahirt hatte. Auch hier wurde eine Zunahme der Eitermasse hinter der Pupille und baldige Undurchsichtigkeit des Glaskörpers konstatirt; ebenso gesellten sich Hypopyon und Iritis dazu. Da bei einigen Versuchen eine leichte, nur bei scharfer Beleuchtung und mit Mühe erkennbare Trübung von der Stichwunde bis zur Pupille gleich nach der Operation zu konstatiren war, so suchte ich die Wirkung von Sekreteinspritzung in die vordere Kammer festzustellen. In einem Falle, in welchem ziemlich viel Eiter der Iris auf der Injektion auflag, trat sehr bald eine akute Iritis mit Hypopyonbildung ein; doch bekam man noch durch die Pupille längere Zeit trotzdem der Linse etwas Exsudat auflag, einen rothen Reflex. Am zweiten Tage erst verlor sich dieser. Die Sektion zeigte jetzt, dass die vordere Portion des Glaskörpers Eiterstreifen enthielt; die hintere war frei. Längs der hinteren Fläche der Iris und an den Ciliarfortsätzen war ein dünner Eiterbelag. In vier anderen Fällen kam es nicht zu einer intensiven Iritis, besonders in einem Falle, in welchem nur eine kleine Sekretmenge der Pupille auflag, ohne dass auf der Iris Sekret sich befand, blieb jede Reizung aus. Es scheint daher nicht annehmbar, dass das Sekret in dem Glaskörper durch einen etwaigen Fortsatz in die vordere Kammer eine Iritis anfacht und diese dann die Glaskörper-Infiltration verursacht, um so weniger, da Fälle zur Beobachtung kommen, in welchen die beschriebene feine Trübung von der Einstichswunde der Hornhaut zur Pupille schon nach kurzer Zeit verschwunden war. Ich glaube aus diesen Versuchen abnehmen zu sollen, dass der Glaskörper sich genuin entzünden kann, d. h. dass auf einen, nur ihn treffenden Reiz — wenn der Reiz eben entsprechend ist — eiterige Infiltration folgt. Ob die Eiterzellen aus den im Glaskörper schon vorhandenen zelligen Gebilden oder aus den Blutgefässen der angränzenden Membranen stammen, darüber habe ich keine Untersuchungen". (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med., 1878, Sept. 21., Nr. 38.) —

Prof. Peter theilte jüngst in der französischen Academie der Medizin seine Beobachtungen über die lokale *Temperatur* bei Pleuritis mit. Er hatte folgende Thatsachen gefunden: 1) Bei der Pleuritis ist die Temperatur auf der erkrankten Thoraxhälfte immer höher als die mittlere Hauttemperatur, welche 35.8° beträgt, die krankhafte Erhöhung oder lokale Hyperthermie beträgt 0.5—1—1.5—2°, überschreitet manchmal diese Ziffer und kann selbst 4 Grade erreichen. 2) Die Erhöhung der Temperatur nimmt zu wie der Erguss und diese Hyperthermie kann von 2.5—3° gehen. 3) Die Erhöhung der Temperatur fällt mit dem Stationärwerden des Exsudates, d. h. wenn keine Sekretion mehr erfolgt; aber auch dann übersteigt noch die

emperatur der pleuritischen Seite um 0.5—1.5° e der gesunden. 4) Die Temperatur ist cht nur auf der erkrankten sondern auch f der entgegengesetzten Seite erhöht, aber e ist auf der kranken Seite immer höher s auf der gesunden (etwa um einige Zehntel nes Grades bis einen Grad und noch mehr). Die Hauttemperatur fällt nach und nach it der Resorption des Exsudates, bleibt je- ch höher (im Allgemeinen um einige Zehn- l) als die der gesunden Seite und bleibt f dieser Höhe durch längere Zeit; dieses mporäre Persistiren der Temperaturerhöh- ng erklärt die Möglichkeit der Recidive. Bei der Pleuritis ohne Erguss ist die kale Temperaturerhöhung geringer als bei leuritis mit Erguss und die Rückkehr zur ormalen Temperatur geschieht schneller. Die absolute Erhöhung der lokalen Tem- eratur der kranken Seite ist beträchtlicher s die absolute Erhöhung der Temperatur der Achselhöhle. Diese lokale Temperatur- rhöhung geht der Temperaturerhöhung in er Achselhöhle voraus. — Was nun die esultate seiner Untersuchungen bei der leuritis, bei welcher die Punktion ge- macht wurde, betrifft, so kommt Peter u dem Schlusse, dass die lokale Temperatur- rhöhung nach der Punktion sowohl bei der leuritis als bei dem Ascites die Folge einer yperämie ex vacuo ist, dass bei der Pleuritis iese ganz lokale Hyperämie sich zu der rüheren entzündlichen Hyperämie hinzuge- ellt, dass man nun anstatt einer zwei Hyper- mieen hat; dass hieraus nothwendigerweise ine Spannungszunahme in den Gefässen der och entzündeten Pleura erfolgt, wodurch die rische Exsudation an weissen und rothen Blutkörperchen reicher werden kann; dass ich die eiterige Umwandlung der frischen Exsudation auf diese Weise erklärt in den Fällen, in welchen man während des febrilen Stadiums punktirte; dass diese Vermehrung der Hyperämieen, die plötzliche Rückkehr des Blutes in die Pleurahöhle, wie dies die lokale Temperaturerhöhung nachweist, die Synkope, die Lungenkongestion, die konsekutive albu- minöse Expektoration, den Schmerz, die manchmal bis zur Erstickung sich steigernde Beklemmung, welche man in Fällen von plötz- licher Entleerung beobachtete, erklärt. (Soc. méd. de Paris, 1878, Nr. 18.) —

Dr. Catillon gelangte nach seinen mit Glyzerin angestellten Versuchen zu folgen- den Schlüssen: 1) Indem jenes chemische Agens die Verbrennung der Fette und stick- stoffhaltigen Substanzen retardirt und zugleich den Appetit anregt, leistet es der Ernährung in doppelter Hinsicht Vorschub. 2) Die täg- liche Verminderung des Harnstoffs betrug 6—7 Grm. bei einem Manne, der 30 Grm. Glyzerin innerhalb 24 Stunden genommen hatte. Grössere Mengen jedoch führten keine weitere nennenswerthe Abnahme jenes Harn- bestandtheiles herbei. 3) Ebenso enthielt das Blut von Hunden, welchen vorher erhebliche Quantitäten Glyzerin beigebracht worden waren, weniger Harnstoff als unter normalen Ver- hältnissen — ein Umstand, welcher beweist, dass erstere Substanz die Ausscheidung der letzteren nicht verhindert, sondern deren Pro- duktion nur verringert. 4) Mit dem Urine wird das nicht assimilirte Glyzerin aus dem Organismus eliminirt der Art, dass die che- mische Analyse nach einer Gabe von 30 Grm. 3—3.50 Grm. und nach einer solchen von 60 Grm. 12—14 Grm. in jenem Exkrete nach- wies. 5) Im Schweisse und in den Fäkal- stoffen fand Verf. das Glyzerin dagegen nicht vor. 6) Dasselbe konnte man selbst nach der Einverleibung sehr grosser Mengen nicht im Blute konstatiren, wesshalb die Annahme nahe liegt, dass, da der Harn immer nur relativ kleine Mengen von dem in Rede stehenden Mittel enthält, der Organismus das- selbe fast vollständig oxydirt. 7) Dagegen erfuhr unter solchen Umständen das Blut eine bedeutende Reduktion seines Zuckergehaltes; weil nun aber so hohe Glyzerindosen keine therapeutische Verwendung finden, ist Catil- lon geneigt, den vortheilhaften Einfluss dieses Medikamentes bei Diabetes mellitus mehr auf Rechnung der Verminderung der Harnstoff- bildung und Regulirung der Verdauung als auf die des eben erwähnten Momentes zu setzen. 8) Insoferne als 15—30 Grm. Gly- zerin, per os genommen, bei Erwachsenen einen bis zwei breiige Stühle erzeugen, lässt sich jener Flüssigkeit, welche auch nach noch so hohen Dosen eine Eiweiss- oder Zucker- Ausscheidung mit dem Urine nicht zur Folge hat, eine abführende Wirkung nicht absprechen, doch steigt dieselbe nicht mit der Grösse der Gabe. 9) Werden 15 Grm. des fraglichen Mittels per ein Kilogramm Körper- gewicht auf ein Mal vom Magen aufgenom- men, so tritt unter denselben Erscheinungen, wie sie der Alcoholismus acutus bedingt, nicht selten der Tod ein; gleiche Quantitäten, in gebrochenen Gaben einverleibt, rufen dagegen

nur eine Erhöhung der Körpertemperatur hervor. 10) Hiernach werden, soll das Glyzerin seinen die Verdauung und Ernährung befördernden Effekt geltend machen, davon am besten 15—30 Grm. in 24 Stunden verbraucht, während eine Dosis von 40—60 Grm. zu einer Reizung der Niere und Harnblase sowie zu Schmerzen in den Eingeweiden gewöhnlich die Veranlassung gibt. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 38.) —

S. Exner bringt mit den neueren Untersuchungen über das Sehroth einen älteren Versuch von Donders in Verbindung, dass nämlich bei einem sich allmälig steigernden Drucke auf das menschliche Auge ein Moment kommt, wo das Individuum erklärt, es sehe nichts mehr, und dass dieser Moment zusammenfällt oder um Weniges vorhergeht jenem Momente, in welchem die ophthalmoskopische Untersuchung das Leerwerden der Netzhautgefässe erkennen lässt. Exner hat diesen Versuch in mehrfachen Formen an sich selbst wiederholt (sehr gut eignen sich dazu in schwarze und weisse Sektoren getheilte rotirende Scheiben) und stets gefunden, dass bei zunehmendem Drucke auf das Auge die Objekte allmählig dunkler werden, theils ganz entschwinden, theils u. z. die helleren eben noch sichtbar bleiben. Die Deutung dieses Versuches ist selbstverständlich: so lange von der Zeit der vollen Cirkulation noch „Sehstoff" vorräthig ist, sehen wir durch diesen die Objekte verhältnissmässig hell. Dieser Sehstoff wird allmählig verzehrt und der Sehstoff, welcher durch die spärliche Cirkulation geliefert wird, reicht nur noch aus, jenes Erkennen der helleren Gegenstände zu vermitteln. — Einen zweiten hierher gehörigen Versuch beschreibt Verf. folgendermassen: „Ich theile mein Sehfeld in eine schwarze und weisse Hälfte, bringe in die schwarze Hälfte einen weissen Kreis, den ich vorläufig mit einem Blatte schwarzen Papieres bedecke. Dann fixire ich mit einem Auge einen Punkt der Gränzlinie zwischen beiden Hälften des Gesichtsfeldes und drücke den Bulbus. Wenn die weisse Gesichtshälfte nahezu schwarz erscheint, ziehe ich jenes Papierblatt fort. Es erscheint mir nun der weisse Kreis deutlich weiss, von normaler Intensität und erblasst nun erst allmählig". Auch dieser Versuch lässt sich dahin deuten, dass ein Vorrath von Sehstoff in der Netzhaut vorhanden war, der während der mangelhaften Zufuhr in der einen (beleuchteten) Hälfte derselben verzehrt wurde; in der anderen (nichtbeleuchteten) Hälfte konnte er später noch zu der Empfindung von Weiss führen. — Schlussresultate: Es existirt in der Netzhaut wirklich ein Vorrath von Sehstoff; dieser muss aber durch die Cirkulation sehr rasch und fortwährend erneuert werden, soll das Sehvermögen nicht leiden. (Pflüger's Archiv XVI 1878 S. 407.) —

Die Steiss- und Fuss-Lagen, deren Gefahren und Behandlung erörtert Dr. Küstner in einem der Volkmann'schen klinischen Vorträge (Nr. 140). Er behandelt dieselben möglichst exspektativ. Die Kunsthilfe gefährdet seiner Erfahrung nach manchmal den Damm, häufiger den Cervix; Strikturen des Cervix am oder nahe über dem äusseren Muttermunde entstehen häufiger, wenn vorher viel manipulirt wurde. Gelingt es bei einer Striktur des Cervix nicht, rasch das Kind zu entwickeln, so stirbt es in Folge der Kompression des Nabelstranges und es ist dann das Beste, die Kephalotribe anzulegen oder den nachfolgenden Kopf zu perforiren. Ein zu sehr forcirter Zug zerreisst den Cervix. Gegen die bei dessen Ruptur entstehende Blutung sind die blutige Naht oder die Tamponade des Cervix anzuwenden. Bei der Steisslage ist die Extraktion mit der Kopfzange anzurathen, wenn der Steiss fest auf dem Damme steht. Muss er noch weiter herabgezogen werden, so hackt man, wenn möglich, je einen Zeigefinger in eine Hüfte. Die Anwendung der Schlinge ruft leicht Druckbrand hervor. Dagegen ist der stumpfe Hacken bei der nöthigen Vorsicht und Geschicklichkeit ein ganz gutes Extraktions-Instrument. Auch nach der Geburt des Nabels verhalte man sich exspektativ, da beim Ziehen am Rumpfe sich die Arme in die Höhe schlagen. Müssen die Arme gelöst werden, so löst Küstner den vorderen Arm vorne, da die künstliche Drehung öfter dazu Veranlassung gibt, dass der Arm sich in den Nacken schlägt. Bei engem Becken sind die Arme zu lösen, bevor der Kopf auf den Beckeneingang drückt, also bald nach der Geburt des Nabels. Die Zange an den nachfolgenden Kopf ist dann anzulegen, wenn das Gesicht des Kindes steil nach vorne steht und wir nicht zum Munde gelangen können, ander-

its aber ein energischer Druck von aussen cht ausreicht. Das prophylaktische Herabhlagen eines Fusses behufs Erleichterung r eventuell nöthig werdenden Extraktion t nur gestattet bei manchen Fällen von gem Becken. Was den Nabelschnurvorfall trifft, so gibt derselbe bei erweitertem Mutrmunde einem geschickten Operateur eine dikation zur sofortigen Extraktion. Kleine abelschnurvorfälle kann man zu reponiren rsuchen. Stets bestehe die Kunsthilfe zum rösseren Theile in der Expression von oben; ie inneren Manipulationen sind möglichst nzuschränken. Im Anfange der Geburt ache man, so lange es möglich ist, die äusere Wendung auf den Kopf. —

Um die Frage: „Gelangt das verdaute Eiweiss durch den Brustgang in das Blut?“ zu beantworten, hat Dr. A. Schmidt-Mühlheim zunächst die Folgen der Unterbindung des Ductus thoracicus studirt und gefunden, dass Hunde dieselbe ganz gut vertragen. Indess konnte er bei der Leichenöffnung Infiltrationen des um die Lymphgefässe gelegenen Bindegewebes, Chylusergüsse in die Brust- und Bauch-Höhle und Veränderungen der Gekrösdrüsen nachweisen. Gegenüber Cooper, der Versuche mit der Unterbindung des Brustganges gemacht hat, konnte Verf. Zerreissungen der Cisterne nicht auffinden; dieselbe widerstand einem Drucke noch von 40—50 Mm. Hg. — Dann wurde untersucht, welchen Einfluss die Unterbindung des Ductus thoracicus auf die Harnstoffausscheidung hat, es konnte indess ein solcher nicht nachgewiesen werden. Nachdem solches festgestellt war, legte sich Verf. die Frage zur Beantwortung vor, ob ein Thier, dessen Chylus-Strom sich nicht mehr in das Blut ergiessen konnte, die verzehrten Eiweissstoffe vollkommen zu verdauen, durch Aufsaugung aus der Darmhöhle zu entfernen und durch den Harn ein der resorbirten Eiweissmenge entsprechendes Quantum Harnstoff zu entleeren vermöchte. Zu diesem Zwecke wurde den Hunden, welche zur Untersuchung verwendet werden sollten, mehrere Tage das Futter entzogen, der Harn aufgefangen und täglich die aus diesem ausgeschiedene Harnstoff-Menge bestimmt. War diese konstant geworden, so wurde der Brustgang unterbunden und das Thier mit einem Futter von bestimmtem Eiweissgehalte versehen. Nach einiger Zeit wurden Magen- und Darm-Inhalt entleert und dessen Stickstoffgehalt bestimmt. So konnte die Menge des zur Aufsaugung gelangten Eiweisses ermittelt und mit dem Stickstoffgehalte des Harnes verglichen werden. Bei dem ersten Versuche hatte der Hund 645 Grm. Fleisch verdaut und resorbirt; der Harn enthielt die entsprechende Menge Stickstoff. Zu demselben Resultate führten noch drei andere Versuche, wesshalb Verf. schliesst, dass nach völliger Absperrung des Chylus von der Blutbahn die Verdauung und die Aufsaugung der Eiweisskörper sowie deren Umwandlung in Harnstoff in demselben Umfange wie bei offenen Chyluswegen stattfindet. (Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1877, S. 549.) —

In einem grösseren Artikelcyclus bespricht N. Dubay das Abschaben der Zunge vom medizinisch-diätetischen und hygienischen Standpunkte und bemüht sich auf Grundlage von 23 beobachteten Fällen, die Schädlichkeit dieser rein kosmetischen Prozedur zu beweisen. Er betrachtet das Zungenabschaben weder physiologisch noch pathologisch begründet und ist der Ansicht, dass der mit dieser traumatischen Prozedur verbundene Reiz im physiologischen Leben der Schleimhaut eine gewaltige Reaktion (akute und chronische Entzündung, Katarrhe, Hypertrophie, mangelhaften Geschmackssinn etc.) hervorruft, die dann in weiterer Folge als Erscheinung eines vermeintlichen Magenkatarrhes von Seite des Patienten und des Arztes betrachtet oder auch für sekundäre Syphilis gehalten und behandelt wurde, schliesslich zu Hypochondrie führt, wie dies aus einigen angeführten Fällen erhellt; Letzteres um so leichter, da das Zungenabschaben von der intelligenten Klasse geübt wird. Die auf den Gegenstand Bezug nehmenden Studien von L. Panizza, Longet, Biffel, Lussane, Duchenne, Vintschgau und Königschmied, Stieb u. A. werden vom Verf. entsprechend und praktisch verwerthet. Was die Bildung des Zungenbeleges anbelangt, so theilt Letzterer die Ansicht von Rindfleisch, nach welcher die an einem entzündlichen Boden sich in Menge bildenden Epitelzellen als solche, welche als Protoplasmazellen den Verhornungsprozess des Epiteliums nicht weiter mitmachen, sondern als solche eintrocknen, miteinander verkleben

und mittelst Schleim und Speichel aneinander gehalten werden. Am meisten leidet durch das Zungenabschaben die Schleimhaut selbst, die Papillen, die Malpighi'sche Schichte, die Zungenmuskeln und die Nerven, welche letztere nicht selten an schmerzhaften Neuralgieen erkranken. Den meisten Schaden erleidet aber das psychische Leben des betreffenden Patienten, der in diesem Leiden einen unheilbaren Magen- und Darmkatarrh, Mundkatarrh, Syphilis, beginnenden Zungenkrebs, Leukoplacie etc. ersieht und zuweilen leider auch wirklich bekommt. — Dubay ist somit der Meinung, dass es Pflicht der Aerzte ist, die immer nachtheilige, oft sogar höchst schädliche Gewohnheit des Zungenabschabens beim Publikum zu bekämpfen und dessen weiterer Verbreitung durch Aufklärung des Thatbestandes mittelst Wort und Schrift Einhalt zu thun. Unter den 23 von ihm beobachteten und mitgetheilten Fällen hat das tägliche Zungenabschaben 2 Mal akute, 14 Mal chronische Schleimhautentzündung verursacht, 2 Mal war es die Entstehungsursache eines tuberkulösen, und eben so oft eines krebsartigen Geschwüres, 1 Mal führte es zu Psoriasis linguae, 3 Mal stellten sich als dessen Folge Neuralgieen der Zunge ein. (Pester mediz.-chir. Presse, 1878, Nr. 38.) —

Prasser James bestätigt im British medical Journal 1878 Nr. 893 die Erfahrungen von Berkeley Hill über den Werth des Jodoform und sagt, dass er dasselbe lange Zeit bei Kehlkopfgeschwüren, syphilitischen wie nicht-syphilitischen, angewendet habe. Anfangs brachte er die Krystalle auf die Geschwüre, da dieselben aber zu viel reizten, so liess er sie pulvern und mittelst eines Pinsels auftragen. Das feine Pulver zieht er sogar der ätherischen Lösung vor. Gegen spezifische Ulzerationen des weichen Gaumens, Pharynx, der Tonsillen und im hinteren Antheile der Nase erwies sich das Mittel als sehr wirksam; ebenso bei skrophulösen Geschwüren. —

Jonathan Hutchinson theilt in der Medic. Times and Gazette für 1877 mehrere genau beobachtete Fälle mit, in welchen Frauen gegen das Ende der Schwangerschaft Syphilis acquirirten. Gewöhnlich traten im zweiten Monate des extrauterinen Lebens bei deren Kindern Erscheinungen von Syphilis auf. Bei einigen derartigen Kindern, welche Verf. mehrere Jahre später wieder zu sehen Gelegenheit hatte, fanden sich hartnäckige Hornhaut-Entzündungen. Hutchinson glaubt, dass bei Frauen, welche schon in den ersten Monaten der Schwangerschaft angesteckt werden, in der Mehrzahl der Fälle Abortus eintreten dürfte; er selbst hat darüber keine Beobachtungen gemacht. —

Aus den in der Klinik von Constantin Paul angestellten Experimenten mit salzsaurem Pilokarpin gelangte Kercea zu folgenden Resultaten: 1) Subkutane Injektionen von 0.02 und darüber haben dieselben physiologischen Wirkungen wie der Gebrauch des Jaborandi. 2) In geringerer Dosis bringt das injizirte Pilokarpin nur Diaphorese hervor und bewirkt in gewissen Fällen das Aufhören der Diarrhoe. 3) Sobald man die Dosis auf 0.02 erhöht, erfolgt stets Salivation, während der Schweiss selbst bei Injektionen von 0.002 noch eintritt. Die Erfahrungen des Verf. stimmen mit den Ergebnissen von Sydney Ringer, Curschmann und Scotti überein. (Bulletin thérap. méd. et chir. I 1878.) —

Die Anfertigung eines „elastischen Höllensteinstiftes" empfiehlt Dr. Pajot in der Weise, dass man eine Laminariawicke von zwei Millimeter Durchmesser in irgend einen dicken Schleim eintaucht und sie darauf in fein gepulvertem Argentum nitricum fusum rollt. Nach dem Trocknen erhält man dadurch einen Stift von der gewöhnlichen Dicke eines Lapisstiftes, der ohne Gefahr des Abbrechens in die Gebärmutterhöhle eingeführt werden kann. Auf dieselbe Weise kann man auch in anderen Hohlräumen und mit stärkeren Arzneimitteln manipuliren. (The London med. Record 1878 Juni.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

ro. 42. *Erlangen*, am 19. Oktober 1878.

öchentlich Bogen von Quartseiten. is jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

alt. Bestimmung der Herzgrösse mittelst Palpation. Ueber luetische Erkrankung der Gehirnarterien. Grösse der Kohlensäureausscheidung im Fieber. Ueber subkutane Quetschungen und Zerreissungen der Nieren. Behandlung von Wunden unter dem Schorfe. Zur Behandlung der Psoriasis. Ueber Exstirpationen des Rectum. Neue Bandwurmkur. Starrkrampf durch ein Haar verursacht.

Schon im Jahre 1876 machte Dr. Isidor ein (Sitz.-Ber. d. Akad. d. Wissensch. in Vien LXXIV 3. Abth. Okt.) Mittheilungen ber das Verhältniss zwischen Tast- nd Gehör-Wahrnehmungen bei der erkussion und fand, dass es parallel den challvarietäten eben so zahlreiche Varietäten er Tastempfindung gibt, was bereits sowohl iorry als auch Skoda nicht unbeachtet iessen, ohne jedoch eingehendere Untersuchngen zu machen. Hein fand ferner, dass eben der Verschiedenheit des Schalles an erschiedenen Stellen eines festen Körpers in Wechsel in der Tastempfindung einhergeht, dass bei der Annäherung eines perkuirten Körpers an eine reflektirende Wand Schall und Tastempfindung hinsichtlich der eintretenden Veränderungen ein analoges Verhalten zeigen, dass der hierbei in Frage kommenden Tastempfindung Schwingungsbewegungen des äusseren Körpers entsprechen, die schon bei dem schwächsten Anschlage entstehen, während der Schall erst bei einem Stosse von bestimmter Intensität erscheint, dass der Tastsinn endlich fähig ist, Schwingungen wahrzunehmen und Verschiedenheiten zu vergleichen. Der Tastsinn bringt eine besondere Qualität von Tastempfindung zum Bewusstsein, die von der Druckempfindung zu unterscheiden ist, welche besondere Art von Empfindung auch beim einfachen Betasten, das dem Wesen nach in der Mittheilung von sehr kleinen Stössen an ein Objekt besteht, eine Rolle spielt. Dieses betastende Erschüttern ohne besonders wahrnehmbare Schallerzeugung nannte Hein damals „Erschütterungsperkussion". — Eine uns nun vorliegende neueste Arbeit Hein's (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1878 Nr. 22, 23 u. 24) befasst sich mit der Bestimmung der Herzgrösse mittelst Palpation und liefert eine weitere Ausbildung und Anwendung seiner Untersuchungsmethode. Er macht zunächst darauf aufmerksam, dass die neben der eigentlichen Herzdämpfung angenommene partielle Herzdämpfung, d. h. der Abschnitt des Herzens, der von den Lungen überlagert ist, nicht immer dem Umfange dieser überdeckenden Lungenabschnitte entspricht und dass einige Kliniker beide Herzdämpfungen bei Abschätzung der Herzgrösse berücksichtigt wissen wollen (Friedreich, Gerhardt, Weil u. s. w.), während andere Kliniker wieder es vorziehen, nur von der Grösse der eigentlichen Herzdämpfung auf die Grösse des ganzen Herzens zu schliessen (Skoda, Bamberger, Duchek u. A.). Die Ungenauigkeiten begann Ebstein insoferne zu beseitigen, als er angab, mittelst palpatorischer Perkussion — also auf Grund der beim Perkutiren wahrnehmbaren Eindrücke — die Herzgränzen bestimmter auffinden zu können als mit Hilfe des Schalles. Ebstein perkutirt aber nicht unmittelbar, sondern mit dem Plessimeter und hält es für gleichgiltig, ob man den Finger oder den Perkussionshammer benutzt. Da aber bei der Ebstein'schen Art zu perkutiren noch ein Schall wahrnehm-

bar wird, so lassen sich die Herzgränzen nach Ebstein's Methode ebensogut durch diesen noch finden. Fest steht, dass Ebstein die Herzgränzen genauer bestimmt als es bisher den meisten Untersuchern gelungen ist, und dass er sich hierbei vom Tastsinne gleichzeitig leiten lässt. Da aber bei der Ebstein'schen palpatorischen Perkussion noch ein Schall erzeugt wird, so muss man nach Hein das Auffinden der Herzgränzen nicht allein der Palpation, sondern der Schallveränderung zuschreiben. — Die „Erschütterungsperkussion" besteht darin, dass man die Herzgegend methodisch betastet, indem man, während der Zeige- oder Mittelfinger einer Hand über die betreffende Körperstelle geführt wird, bei gestrecktem Finger mit der Volarfläche der Endphalanx, bei gebogenem Finger mit der Spitzenfläche wiederholt nach einander einen momentanen Druck ausübt und vor und nach dem kurz dauernden, mehr oder weniger schwachen Drucke den Finger mit der Hautoberfläche in Berührung lässt. Hein zieht beim Betasten den Mittelfinger vor. Ueber elastischen Wänden erzeugt schon das blosse Hinübergleiten des Fingers durch Reibung die den Tasteindruck vermittelnden Schwingungen. Bei Untersuchungen über starren oder gespannten Theilen ist es zweckmässig, kleine und schwache Stösse mit dem Finger auszuführen, wobei sich die Fingerspitze nur wenige Millimeter von der Körperoberfläche entfernen darf. Ein starkes und längeres Drücken beim Betasten oder ein förmliches Ausholen zum Stosse erschwert genauere Unterscheidungen. Durch diese Betastung lassen sich die Herzgränzen genau auffinden, weil man mit ihr die das Herz bedeckenden Lungentheile von den benachbarten Lungenpartieen abgränzen kann. Ueber den ersteren Lungentheilen macht sich das Herz als reflektirende Fläche bemerkbar, denn die durch die Palpation verursachte leise Erschütterung pflanzt sich durch die lufthaltige Lunge noch bis zum Herzen fort, während die Ausbreitung der Erschütterung nach der Fläche der Brustwand nur sehr gering ist. — Die Lage des Herzens, wie sie in vielen Fällen mit Hilfe der Palpation festgestellt werden kann, ist folgende. Die obere Herzgränze ist nicht genau zu bestimmen, weil an den betreffenden Stellen nicht bloss der oberste Umfang des Herzens, sondern auch die Einsenkungs- und Anfangsstücke der grossen Gefässe in Betracht kommen. Doch darf man mitunter eine am Sternum in der Höhe des zweiten Rippenpaares auftretende Veränderung der Tastempfindung auf die obere Herzgränze beziehen. Sicherer ist die rechte Herzgränze zu bestimmen, weil die das Herz bedeckenden Lungentheile dem Finger weniger schwingbar erscheinen als die angränzenden Lungenpartieen. Die rechte Gränze beginnt im zweiten rechten Interkostalraume, anderthalb Centimeter vom Sternalrande entfernt; sie entfernt sich von diesem letzteren noch weiter im dritten Zwischenrippenraume, nämlich um 3—3.5 Centimeter; im vierten Interkostalraume nähert sie sich dagegen wieder rasch dem Sternalrande und endet an der Insertionsstelle des fünften rechten Rippenknorpels. Hier beginnt die untere Gränze. Sie ist in der Mehrzahl der Fälle sowohl am Brustbeine, falls dieses nicht sehr missgestaltet ist, als auch jenseits des Sternums mittelst Palpation direkt zu bestimmen, weil die Herzgegend schwingbarer ist als die Lebergegend. Es hängt diese Verschiedenheit wahrscheinlich davon ab, dass die mechanischen Momente, welche das Herz der Brustwand anliegend erhalten, etwas andere sind als diejenigen, welche die Leber in ihrer Lage erhalten. Die untere Gränze reicht bis zur Stelle der Herzspitze. Liegt diese tiefer, so steigt die untere Gränze schräg nach abwärts herab und erstreckt sich nicht soweit nach links als wenn die Herzspitze höher sich befindet, in welchem Falle die untere Herzgränze mehr horizontal verläuft und weiter nach links hinüberreicht, bis zur Fugenlinie zwischen Rippenknorpel und Rippenknochen oder noch weiter nach auswärts. Von der Stelle der Herzspitze erstreckt sich die linke Gränze nach Aufwärts und allmählig nach Einwärts und endet im zweiten linken Interkostalraume, 2.5 Cm. vom Sternalrande entfernt. Die linke Gränze ist auffindbar, weil die das Herz bedeckenden Lungenpartieen weniger schwingbar sind als die angränzenden Lungentheile. Nur muss man acht haben, dass man die linke Herzgränze mit der linken Gränze der Herzdämpfung nicht verwechselt. Hein hält es zu diesem Behufe für zweckmässiger, vorher mittelst Perkussion oder Palpation die linke Gränze der Herzdämpfung zu bestimmen und dann ausserhalb derselben nach der linken Herzgränze zu suchen. — Die so geschilderte Herzlage entspricht den anatomischen Angaben Luschka's. Hein hat die Herzgränzen auch gemessen und z. B. an einer Leiche folgende Zahlen gefunden: für die rechte Herzgränze 8 Cm., für die untere und linke Herzgränze je

11.5 Cm., für die Entfernung von der Herzspitze bis zur Einmündung der oberen Hohlvene 14.5 Cm., für die grösste Breite des Herzens zwischen 4. und 5. Rippe 12 Cm. Diese Zahlen sind aus verschiedenen Gründen nicht genau, besonders aber, weil man gerade misst und es sich dabei theilweise um gekrümmte Linien handelt. — Hein hat ferner eine Reihe von Versuchen an Leichen angestellt und sich dabei durch Einstechen von Nadeln überzeugt, dass die von ihm nach seiner Methode gefundenen Herzgränzen mit den wirklichen Herzgränzen übereinstimmen. —

Die Spezifität der von Heubner sogenannten luëtischen Erkrankung der Gehirnarterien war von Köster von dem allgemeinen Standpunkte aus bestritten worden, dass als Ausgangspunkt jeder Arteriitis und Endarteriitis nur die mit Vasa vasorum versehene mittlere Haut in Frage kommen könne, nirgends daher die Wucherung vom Endotel abhängig sei. P. Baumgarten hält dagegen an direkten Wucherungen des Endotels sowohl bei der von ihm beschriebenen Endarteriitis post ligaturam als der anatomisch ganz identischen luëtischen Intima-Neubildung fest und rechnet hierher auch die Arteriitis obliterans Friedländer's. Er fand bei seinen Ligaturversuchen in den Gefässchen, welche innerhalb des den Ligaturknoten umgebenden Gewebes gelegen sind, ein günstiges Untersuchungsobjekt aller Stadien dieser Arteriitis obliterans. Es entwickelt sich nämlich in demselben eine granulirende Entzündung, welche fast regelmässig auf die Wand der eingeschlossenen Gefässe übergreift. Zuerst fand allerdings eine Wucherung des adventitiellen Bindegewebes und Infiltration desselben mit Rundzellen statt. Nach drei oder vier Tagen stellt sich jedoch eine Aufschwellung und körnige Trübung, häufig eine gleichzeitige Kernvermehrung der Endotelzellen ein. Das Endotel solcher Gefässe erscheint dann oft gleichwie in ein kubisches Epitel verwandelt, so dass man Durchschnitte kleiner Drüsenkanäle vor sich zu haben glaubt. Weiterhin sieht man dann eine zwei- bis mehrfache Lage epitelioider Zellen der Lamina elastica interna aufgeschichtet. Wo das umgebende Gewebe an mehrkernigen Elementen und Riesenzellen reich ist, da nehmen auch die Endotelien häufig die Form vielkerniger Protoplasma-Massen an und das Lumen kleinerer Arterien ist dann nicht selten durch eine einzige Riesenzelle mit randständigen Kernen ausgefüllt. — Baumgarten beschreibt bei diesem Anlasse ein Beispiel von verbreiteter Verstopfung arterieller Gefässchen durch Riesenzellen. Dieser Vorgang im Endotel kann schon bestehen, ohne dass die Media, namentlich ihre inneren Lagen, Zeichen von Zellenneubildung zeigen. Die Umwandlung des Endotels kann einseitig, als in das Lumen ragender Hügel, stattfinden. Sie wird etwas später von einem neuen dünnen Endotelhäutchen überzogen, einer Neubildung, wie sie Verf. auch bei der Ligatur-Arteriitis nachgewiesen hat. Vom 5.—6. Tage ab macht sich ein Anschwellen und Blässerwerden der neu produzirten Elemente auf der Intima geltend, es treten unter ihnen vielfach kleine runde Kerne und Zellen auf, welche man als identisch mit den jetzt in der Media und Adventitia reichlich vorhandenen Rundzellenanhäufungen ansehen könnte, welche aber bei Isolationspräparaten sich als die auf Querschnitten allein deutlich sichtbaren Kerne von echt endotelialen oder platten Faserzellen entpuppen. Wenn sich das granulirende Gewebe um die Ligaturfäden allmählig zu Narbengewebe umwandelt, dann geht auch die Intimawucherung der eingeschlossenen Gefässchen die Umwandlung zu Spindelzellengewebe oder fibrillärem Bindegewebe ein. Dann bildet sich manchmal eine neue elastische Haut, welcher sich konzentrische Lagen von querverlaufenden Spindelzellen anlegen, an die sich dann ein mehr lockeres bindegewebiges Netzwerk anschliesst, und es entsteht das Heubner'sche Bild der luëtischen Arterienerkrankung. — Nachdem Baumgarten so den Nachweis geführt hat, dass bei allen Formen der Arteriitis obliterans derselbe Vorgang stattfindet, wie bei der von ihm studirten Arteriitis post ligaturam, so schliesst er sich der Auffassung Friedländer's an, welcher die luëtische Erkrankung der Gehirnarterien für eine typische Arteriitis obliterans erklärt hat. Sie gehört daher nicht zu den Syphilomen oder den spezifisch luëtischen Prozessen. Jedoch könnte die von Heubner betonte primäre Entstehung der Intimawucherung der luëtischen End-Arteriitis spezifisch zukommen. Gegen diese Auffassung hat Baumgarten schon früher geltend gemacht, dass auch hier die Adventitia- und Media-Wucherung vorherginge und für seine Ansicht einen eigenen und einen Fall, der Kasuistik Heubner's entnommen, in's Feld geführt. Er hält gleich Köster es für er-

wiesen, dass die gefässlosen Schichten der Intima und des Endotels ebenfalls von den Vasa vasorum, nicht von dem vorbeiströmenden Blute ernährt werden und zieht die Schlussfolgerung, dass pathologische Veränderungen innerhalb dieser Nutritionsbezirke auch Ernährungsstörungen der Intima nach sich ziehen können. Es sei nur die Frage, ob die Wucherungen der Adventitia und Media bei Luës die Kennzeichen der gewöhnlichen Entzündung oder des gummösen, des syphilitischen Infiltrates an sich tragen. In letzterem Falle wäre allerdings die Affektion mit anderen spezifisch syphilitischen Erkrankungen auf eine Stufe gestellt. Einen hierfür sprechenden Fall hat Verf. neuerdings beobachtet und gibt seine Krankheitsgeschichte. Bei der Sektion fanden sich zwei tiefe strahlige Narben der Leber, die Arterien an der Basis sämmtlich weisslich gefärbt und verdickt, namentlich beide Arteriae fossae Sylvii in dickliche grauweisse Stränge umgewandelt, ferner Verdickung des linken Opticus, Oculomotorius und Abducens, nirgends eine käsige oder tuberkulöse Affektion. Die Untersuchung der Arteriae fossae Sylvii ergab ausser den charakteristischen Veränderungen der Intima in den beiden äusseren Gefässhäuten sehr bedeutende Veränderungen narbiger Natur. An den Stellen der stärksten Wandverdickung und fast vollständiger Obliteration war die Struktur der Media nur streckenweise noch kenntlich, an ihrer Stelle und in der Adventitia ein an grossen Zellen reiches Granulationsgewebe, welches typische Riesenzellen und unregelmässig begränzte Herde trüber verkäster Gewebsmassen enthielt. An einzelnen Stellen war die Tunica elastica durchbrochen und ein Zusammenhang mit der ganz anders gearteten Intima-Neubildung hergestellt. Baumgarten betrachtet die anatomisch indifferente Intima-Neubildung als durch die syphilitische Granulationsgeschwulst der Media und Adventitia herbeigeführt und somit die luëtische Erkrankung der Cerebralgefässe unter die bekannte Gruppe der syphilitischen Prozesse im Allgemeinen eingereiht. (Virchow's Archiv, 79. Bd. S. 90.) —

Ueber die Grösse der Kohlensäure-Ausscheidung im Fieber veröffentlichen E. Leyden und A. Fraenkel die nachfolgende vorläufige Mittheilung aus dem Laboratorium der propädeutischen Klinik zu Berlin im Centralblatt f. d. med. Wissensch. vom 28. Septbr. 1878, Nr. 39: „Seit nahezu anderthalb Jahren sind wir mit Untersuchungen über den respiratorischen Gasaustausch im Fieber beschäftigt, welche jetzt zu einem vorläufigen Abschlusse gelangt sind und uns die nachstehenden Ergebnisse geliefert haben: Die betreffenden Versuche wurden an hungernden Hunden ausgeführt, deren Kohlensäure-Ausscheidung wir mit Hilfe eines dem Pettenkofer'schen nachgebildeten kleineren Apparates bestimmten, dessen Dimensionen gross genug waren, um Thiere von 20—40 Kilogramm Gewicht bequem aufzunehmen. Die Dauer der einzelnen Versuche betrug meist 6, in minimo 5, in maximo 7 Stunden. Nachdem die Thiere mehrere Tage lang zuvor gehungert hatten und nachdem während dieser Zeit die von ihnen bei normalen Temperaturverhältnissen produzirten Kohlensäuremengen zu wiederholten Malen bestimmt waren, wurde ihnen (meist am 5.—6. Hungertage) durch Einspritzung gutartigen frischen Abszesseiters in die Oberschenkelmuskulatur Fieber erzeugt. Wenngleich diese unsere Methode der Fiebererregung keinen Anspruch auf absolute Zuverlässigkeit erhebt, so ist es uns doch mehrfach geglückt, anhaltende Temperatursteigerungen von 2, ja selbst 3.5° C. über die Norm zu erzielen. Im Ganzen haben wir auf diese Weise sieben Versuchsreihen angestellt, deren jede einen Zeitraum von 8—12 Hungertagen mit 5—6 Respirationsversuchen umfasst. Besonderen Werth legten wir darauf, dass bei jedem einzelnen Thiere innerhalb derselben Versuchsreihe der Gaswechsel mehrere Tage sowohl im fieberlosen wie im fieberhaften Zustande geprüft wurde. Da nun die Kohlensäure-Ausscheidung im Hunger stetig, wenngleich langsam, abnimmt, unsere eigentlichen Fieber-Experimente aber regelmässig in eine spätere Hungerperiode fielen als die Versuche bei normalen Temperaturverhältnissen, so war es geboten, auch die Grösse der Kohlensäure-Produktion an den späteren Hungertagen bei einem normalen, nicht fiebernden Thiere zu ermitteln. Erst die Herstellung einer auf solche Weise gewonnenen und genügend ausgedehnten Normalkurve der Kohlensäureausscheidung ermöglichte es, nicht nur die Werthe einer und derselben Fieberversuchsreihe unter sich, sondern auch die der verschiedenen Reihen mit einander und in ihren Beziehungen zu der erzielten Temperatursteigerung zu vergleichen. — Das Resultat, zu welchem wir gelangten, lässt sich dahin zusammenfassen, dass ausnahmslos unter dem Ein-

flusse der febrilen Temperatursteigerung die Kohlensäure-Ausscheidung bei Hunden eine beträchtliche Zunahme erfährt. In dem rücksichtlich der erzielten Temperatursteigerung gelungensten unserer Versuche betrug die Zunahme nahezu 80 Prozent; in vier anderen 30—40 und in zweien mit sehr mässigem Fieber 10—20 Prozent. Die Grösse des Ausschlages richtete sich ganz und ausschliesslich nach dem Effekte, welchen die fieberproduzirende Einspritzung auf die Temperatuf des Thieres ausgeübt hat. Als Beispiel lassen wir hier die zur Kenntnissnahme nothwendigen Daten aus dem oben angeführten Hauptversuche folgen, denen wir die Zahlen der Normalhungerkurve voransetzen. Wir haben zur Ermöglichung des unmittelbaren Vergleiches dabei für die in 6 Stunden des ersten Respirationstages einer jeden Reihe in Wahrheit produzirte Kohlensäuremenge die Zahl 100 substituirt und darnach die Werthe an den übrigen Tagen umgerechnet:

			3. Hungertag.	4. Hungertag.	6. Hungertag.	8. Hungertag.	10. Hungertag.
A. Normalhungerversuch.	CO_2 während 6 Stunden in Grammen:		100	103.09	89.91	81.25	72.36
	Körpertemperatur:	M.	39.1	?	39.2	39.5	39.4
		A.	39.1	39.0	38.3	39.1	38.7.

			2. Hungertag.	4. Hungertag.	6. Hungertag.	7. Hungertag.
B. Fieberversuch.	CO_2 während 6 Stunden in Grammen:		100	99.14	156.13	152.0
	Körpertemperatur:	M.	38.55	38.7	40.3	40.3
		A.	38.15	38.45	41.0	40.3.

Was die Verwerthung des obigen Ergebnisses unserer Versuche für die Erklärung der übrigen Fiebererscheinungen betrifft, so behalten wir uns dieselbe für die ausführliche Arbeit vor. Nur so viel wollen wir bemerken, dass wir in Uebereinstimmung mit anderen Autoren die gesteigerte Kohlensäure-Ausscheidung an sich nicht allein für das Zustandekommen der febrilen Temperatursteigerung verantwortlich machen können. Vielmehr repräsentirt dieselbe nur einen und zwar nicht unwesentlichen Faktor, während als zweiter Faktor noch die unter dem Einflusse der fiebererregenden Ursache veränderte Wärmeabgabe vorausgesetzt werden muss, deren unmittelbare Ursache vermuthlich auf einer dem Fieber eigenthümlichen Aenderung in der Innervation der Haut und der Lungengefässe beruht. — Durch die von uns nunmehr auch für das Fieber der Hunde erwiesene konstante Vermehrung der Kohlensäure-Ausscheidung ist zum ersten Male an der Hand einer exakten und im Wesentlichen vorwurfsfreien Methode ein absolut sicherer Beweis der Steigerung der oxydativen Vorgänge während des Fiebers erbracht". —

In der deutschen Zeitschrift f. Chirurgie X S. 126 ff. veröffentlicht H. Maas klinische und experimentelle Untersuchungen über die subkutanen Quetschungen und Zerreissungen der Nieren. Der klinische Theil seiner Arbeit gibt eine Zusammenstellung von 71 hierhergehörigen Fällen, welche — soweit es angegeben ist — 53 Mal durch direkte und 12 Mal durch indirekte Gewalt entstanden sind. Die anatomische Untersuchung zeigt, dass das Nierengewebe sammt der Kapsel vorwiegend in der Queraxe des Organes gesprengt wird und dass Blutergüsse von sehr verschiedener Stärke in der Nieren- und Fettkapsel sowie im retroperitonealen Bindegewebe vorhanden sind, im letzteren bisweilen in solcher Ausdehnung, dass sie vom Becken bis zum Schulterblatte sich erstrecken. Ein Theil des Blutes ergiesst sich durch die Nierenbecken in die Blase, ohne in letzterer häufig Gerinnsel zu bilden. Der Peritonealsack wird nur selten geöffnet. Todesursachen geben primäre Blutungen (selbst Risse in den Nierenarterien erster Ordnung, können indess schnell thrombosiren), dann sekundäre Blutungen; tödtlich enden meist auch Eiterungen und Zersetzungen in den perinephritischen Blutergüssen, Nierenabszesse, endlich schwere anderweitige Komplikationen. Durchbruch der perinephritischen

Abszesse mit Heilung erfolgte zwei Mal, Steinbildung als Folge der Quetschung war nur drei Mal erwähnt. Symptome der stattgefundenen Verletzungen sind: Schmerzen in der Nierengegend und Hämaturie, welche letztere nur sehr selten zu fehlen scheint, meist aber keine Blutgerinnsel zu Tage fördert und bisweilen den intermittirenden Charakter annehmen kann. Eiter im Urine zeigt das Vorhandensein eines Nierenabszesses u. s. w. Fieber pflegt auch dann einzutreten, wenn es nicht zu Eiterung oder Verjauchung kommt. In einigen tödtlich endenden Fällen wurde Anurie bei gesunder zweiter Niere beobachtet. Der Bluterguss in der Kapsel und im perinephritischen Gewebe ist häufig auf physikalischem Wege nachweisbar. Die Prognose dieser Verletzungen muss nach dem vorliegenden Material bei weitem günstiger gestellt werden, als dies bisher geschah. Von den 71 Fällen starben zwar 34, doch befanden sich hierunter Todesfälle, die nur auf Rechnung zufälliger Komplikationen zu setzen sind; die Verletzung der Niere als solche führte nur 16 Mal zum Tode. Ungünstig scheint die Prognose bei Kindern zu sein, denn von sieben genas nur eines. — Therapie. Gegen die Exstirpation der Niere, wenn deren Quetschung subkutan geschah, sprechen drei Erwägungen: 1) steht in den meisten Fällen ohne Kunsthilfe die Blutung selbst aus den grössten Nierengefässen; 2) lässt sich der Zeitpunkt der Operation schwer bestimmen, weil nach sehr starken, selbst wiederholten Blutungen mit grossem Kollaps doch Heilung eintreten kann; 3) wird es eine Reihe von Fällen geben, bei denen die Unterbindung der Gefässe von dem Lumbalschnitte aus nicht möglich ist. Dagegen muss man bei perinephritischer Eiterung und bei den Nierenabszessen den Nierenschnitt und eventuell die Exstirpation der erkrankten Niere machen. — Was den experimentellen Theil der vorliegenden Untersuchungen betrifft, so wurden Quetschungen an Kaninchen und Katzen durch die Bauchdecken hindurch mittelst Fingerdruckes hervorgebracht, waren meist von Hämaturie gefolgt und nahmen, je nach der Intensität der Verletzung, einen dreifach verschiedenen Verlauf. Auf die leichteren Quetschungen folgten einfache Vernarbung ohne jede Folgeerscheinung oder anatomische Veränderungen geringerer Bedeutung, wie kleine Kysten, Verkleinerung des ganzen Organes etc. In einer zweiten Reihe von Versuchen führte eine starke Quetschung zu vollständiger Atrophie der Niere, welche keine sonstigen Störungen bewirkte. Eine dritte Gruppe von Experimenten endlich bot den Ausgang in Hydronephrose oder in Bildung grosser abgekapselter Harnabszesse mit Nekrose eines Theiles der Nierensubstanz. —

Eine Methode zur Behandlung der Wunden unter dem Schorfe veröffentlicht Newman im Glasgow med. Journal. Vol. X 1878, Nr. 5. Indem derselbe auf die Vortheile der Heilung von Geschwüren und Wunden unter dem Schorfe aufmerksam macht, gibt er sein eigenes Verfahren zum Austrocknen und Verschorfen von Wunden in Folgendem an: Der dazu benützte Apparat besteht aus einem 6 Zoll langen, 4 Zoll breiten und $3^1/_2$ Zoll tiefen Kasten, welcher an einer Seite ohne Boden, also offen, an der gegenüberliegenden aber durch einen Glasdeckel geschlossen ist. Rings herum im Inneren des Kastens läuft einen Zoll über dem Rande eine 1 Zoll breite und $^1/_4$ Zoll tiefe Rinne, welche an einer Seitenfläche mit einer nach aussen mündenden kleinen Röhre kommunizirt. Die Ränder des Apparates sind so gearbeitet, dass sie sich dem Theile, an den er applizirt werden soll, gut anlegen. In die Rinne kommt Chlorkalk (das Anhydrit), um die Luft im Inneren des Kastens trocken zu erhalten. — Im ersten Falle, in welchem dieser Apparat angewendet wurde, handelte es sich um einen 63jährigen Mann, welcher seit zwei Jahren an einem Beingeschwüre litt; nachdem unter gewöhnlicher Behandlungsweise bei ruhiger Bettlage das Geschwür sich gereinigt und mit kleinen Granulationen bedeckt hatte, aber nicht weiter heilen und kleiner werden wollte, applizirte Newman den Kasten, dessen Ränder er rings um die Wunde auf gesunder Haut luftdicht mit in Chloroform gelöster Guttapercha angeklebt hatte. Vorher war die Wunde mit einer Boraxlösung abgewaschen und die Haut in ihrer Umgebung mit Kollodium bepinselt worden. Durch den Glasdeckel sah man nun, wie sich die Wundfläche mit Serum überzog; der dadurch gebildete Schorf wurde immer dicker, undurchsichtiger und trockener. Nach 6 Stunden wurde der Kasten entfernt und das Bein auf eine Pott'sche Schiene gelagert. Nach vier Tagen war der Schorf fast überall gut und fest. Am sechsten Tage wurde der Patient mit einem Schutzverbande (aus Gummi und Kalk) entlassen und, als derselbe nach einer weiteren

Woche sich wieder vorstellte, war das Geschwür unter dem Verbande ganz geheilt. — Ein zweiter Fall betraf eine frische Schnittwunde mit Hautdefekt bei einem 13jährigen Knaben. Auch hier gelang es, mittelst desselben Verfahrens gute Heilung unter dem Schorfe herbeizuführen. — Newman hat diese Behandlungsweise, welche sich aber nur für gut granulirende Geschwüre und oberflächliche Wunden eignet, in der Western Infirmary oft benutzt, bei frischen Wunden meist mit Erfolg, bei Geschwüren öfter mit nicht genügendem Erfolge. —

Galuzinsky's ambulatorische Behandlung der Psoriasis vulgaris besteht in Folgendem: Man nimmt Acid. carbolic. crystall. 8,0, aufgelöst in Collod. elastic. 35,0 und bestreicht mit einem Pinsel die affizirten Hautstellen. Wenn der Ausschlag keine zu grosse Hautfläche einnimmt, so kann man mit einem Male denselben bepinseln, ist jedoch die Erkrankung weit verbreitet, dann ist absolut eine allmählige Bestreichung vorzuziehen; z. B. heute die eines Armes, nach 2—3 Tagen eines Fusses oder des anderen Armes u. s. w. Diese Regel darf nicht ausser Acht gelassen werden, weil Karbolsäure leicht von der Haut in's Blut übergeht und Nierenaffektion verursacht, dunklen, nach Säure riechenden Urin und nicht selten Eiweiss in demselben erzeugt. Ueberhaupt hüte man sich, voreilig neue Bepinselungen vorzunehmen, so lange das Kollodium an der Haut festhaftet. Ueberflüssig ist es ferner, die Flüssigkeit zu fett aufzutragen sowie auch gesunde Hautstellen damit zu berühren. Wünschenswerth wäre es endlich, dass überhaupt jede Bepinselung vom Arzte selbst ausgeführt wurde, da bekanntlich derartige Kranke nicht selten mit den Medikamenten Missbrauch treiben und sich dadurch überflüssige Schmerzen zuziehen. In Folge der Bepinselung treten nämlich nach einigen Minuten Schmerzen auf, die aber erträglich sind und nicht länger als 10—15 Minuten andauern. Schon nach Verlauf von wenigen Tagen wird der Arzt und selbst der Kranke angenehm überrascht dadurch, dass der Ausschlag seinen ursprünglichen Charakter völlig verloren hat; anstatt des hässlichen Aussehens des Exanthems mit Röthe, Schrunden, Blutungen etc. sieht man glatte, glänzende flache Kollodiumflecke, die weder Waschungen, noch Bäder oder die Reibung der Wäsche scheuen. Verf. hat die Beobachtung gemacht, dass zufällig nicht bepinselte Psoriasisstellen auch schwinden, wie es scheint, durch Aufsaugung der Karbolsäure. So weit seine Beobachtung reicht, scheinen neue Ausbrüche des Ausschlages auf gesunden Stellen sich nicht zu zeigen, wie es bei den bisher bekannten Heilmethoden der Fall ist. So lange die vom Ausschlage gereinigten Hautstellen noch geröthet und infiltrirt sind, muss die Bepinselung fortgesetzt werden. In Folge dessen könnte die Behandlung (2—3 und mehr Monate) im Ganzen genommen als eine langdauernde erscheinen; zieht man aber dagegen die Bequemlichkeit und Leichtigkeit derselben in Betracht, so wird die Dauer Niemandem ernstlich auffallen. Was die Recidive anbetrifft, von denen Verfasser nichts Bestimmtes bis jetzt sagen kann, so dürfen dieselben keine aussergewöhnliche Sorge erregen, da nichts im Wege steht, die Krankheit mit demselben Erfolge auf's Neue zu bekämpfen. (St. Petersb. med. Wochenschr. v. 31. Aug. 1878.)

Durch eine allmählige Verbesserung sowohl der Operationstechnik als besonders der Nachbehandlung ist R. Volkmann dahin gelangt, die Exstirpatio recti als eine relativ ungefährliche Operation bezeichnen zu können, obwohl er viel ausgedehntere Eingriffe unternimmt als früher, zumal er die Eröffnung des Peritoneum durchaus nicht scheut. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt in einer sorgfältigen Drainage der Wunde, verbunden mit primärer Desinfektion und häufigen antiseptischen Ausspülungen, eventuell der permanenten antiseptischen Irrigation. — Die bösartigen Neubildungen des Mastdarmes kommen nach ihm unter einem dreifachen Verhalten zur Operation: 1) Es findet sich nur ein umschriebener Tumor, der durch Exzision eines kleineren Theiles der Mastdarmwand zu beseitigen ist; 2) das Rektum ist vom After beginnend diffus erkrankt; 3) die diffuse Erkrankung beginnt erst oberhalb der Schliessmuskeln. In den Fällen der ersten Kategorie wird das Operationsfeld durch gewaltsame Dilatation der Sphinkteren mittelst der Finger oder durch Einlegen eines Simon'schen Scheidenspekulums zugängig gemacht, der Tumor vorgezogen und exstirpirt. Darauf sticht man ein schmales Messer neben dem After ein, schiebt es soweit aufwärts, bis es in der Tiefe der Wunde erscheint, bringt in den so gebildeten Kanal ein Drainrohr und näht nun die Mastdarmwunde mit

aller Sorgfalt zu. Durch das Drainrohr werden antiseptische Injektionen gemacht. Dieses Verfahren ist dem sonst gebräuchlichen hinteren Mastdarmschnitte entschieden vorzuziehen. Bei der zweiten Form der Erkrankung wird der ganze Mastdarm nach Lisfranc's Methode exstirpirt, wenn es sein muss, mit Hinzufügung eines vorderen und hinteren Rapheschnittes, der aber nicht durch die Mastdarmwand selbst gehen darf. Vor dem Abschneiden des Rohres werden in das gesunde Ende des Mastdarmes Fadenzügel gelegt und dasselbe soweit nach abwärts gezogen, dass es mit der äusseren Haut vereinigt werden kann. Auch hier werden mehrere Drains neben dem Rektum bis in den vorderen Theil der Wunde hinaufgeführt. Das etwa mit eröffnete Peritoneum wird vorher nach sorgfältiger Desinfektion durch eine Reihe versenkter Katgut-Nähte geschlossen. — Es empfiehlt sich dann, wie überhaupt bei allen sehr ausgedehnten Exstirpationen, die Wunde durch einen in die Wunde gebrachten Gummischlauch hiedurch permanent zu irrigiren, was sich am leichtesten bewerkstelligen lässt, wenn der Patient dauernd auf den Volkmann'schen Heberahmen gelegt wird. Soll nicht irrigirt werden, so wird in den Mastdarm ein mit protective Silk überzogener antiseptischer Tampon eingebracht, die Aftergegend mit antiseptischen Bäuschen gepolstert, mit einer T-Binde befestigt und 5—8 Tage durch Opiate der Stuhl angehalten. — In der dritten Reihe von Fällen wird die Exstirpation nach vorgängiger Spaltung des Mastdarmes in der vorderen und hinteren Mittellinie vorgenommen, das obere an das untere Ende angenäht und auch die Rapheschnitte nach Einlegung von Drains durch die Naht geschlossen. — Die Vortheile der Operation sind indessen für den Kranken am grössten, wenn auch der untere Abschnitt des Mastdarmes geopfert wurde, weil bei etwaigen Recidiven es nie wieder zu so quälender Behinderung des Stuhlganges kommt, wie dies stets bei Vorhandensein der Sphinkteren der Fall ist. Uebrigens aber bietet der Mastdarmkrebs, frühzeitig operirt, eine entschieden günstigere Prognose als die meisten anderen Oertlichkeiten, da definitive Heilungen nicht zu den Seltenheiten zu gehören scheinen. Meistens aber melden sich die Patienten viel zu spät. Ist Blase oder Prostata bereits mit ergriffen, so sollte man von jedem Eingriff absehen. Für sehr hoch hinaufreichende Krebse leistet noch am meisten die Kolotomie (Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 131.)

Dr. K. Bettelheim hat in Verbindung mit Dr. Eisenschitz eine neue und rasch folgende Bandwurmkur in sechs Fällen angewendet und empfiehlt dieselbe, da sie sehr grosse Chancen des Gelingens und zwar des Gelingens binnen sehr kurzer Zeit, d. h. in $^3/_4$—2 Stunden, bietet. Eine Schlundröhre wird durch den Oesophagus eingeführt und durch dieselbe das ganze Anthelmittel — 200—400 Grammen einer sehr konzentrirten Granatwurzel-Abkochung, 300 Grm. eingekocht mit der genügenden Menge Wassers auf 450 — auf ein Mal eingegossen, nachdem der Patient vorher 18—24 Stunden gefastet und seinen Darm (wo möglich durch Ricinus-Oel) entleert hat. Als Schlundröhre dient die gewöhnliche Magensonde oder der von Oser zur Ausspülung des Magens verwendete Gummischlauch mit Glastrichter. Es bezweckt dieses Verfahren, den Wurm durch eine urplötzliche allseitige Umspülung mit dem Anthelminthikum zu betäuben. Die abgetriebenen Bandwürmer waren theils Taenia mediocanellata, theils Taenia solium. Ricinus-Oel nach der Eingiessung sowie einfache Klystire und nicht medikamentöse Eingiessungen per rectum leisten zur Unterstützung der Kur gute Dienste. (Deutsche Zeitschr. f. prakt. Medizin, 1878, 31. August.) —

Starrkrampf durch ein Haar verursacht. Die „Lancet" erzählt, dass in Paris ein nahezu ein Jahr altes Kind mehrere Wochen hindurch an oft wiederkehrenden tonischen Krämpfen litt, ohne dass man irgend ein organisches Leiden oder sonst eine pathologische Grundlage für dieselben hätte ausfindig machen können. Zufällig erblickte die Mutter des Kleinen zwischen den zwei ersten Schneidezähnen das Ende eines Haares. Dieses, behutsam hervorgezogen, zeigte sich 30 Centimeter lang und sass dasselbe im Kehlkopfe, wo es durch Reizung die Krämpfe verursacht hatte. Nach Entfernung der Ursache hörte natürlich auch die Wirkung auf. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

ro. 43. *Erlangen*, am 26. Oktober 1878.

öchentlich Bogen von Quartseiten. is jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

halt. Der Granularschwund als Endstadium der Bright'schen Krankheit und sein Verhältniss zur Herzhypertrophie. Zur Pathologie des Lungenödems. Operative Methode zur Bekämpfung beginnender Pyämie. Ueber artifizielle Herzklappenfehler. Neue Einrichtungsmethode frisch entstandener Luxationen. Wirkungen des Atropin, des Eserin und schwefelsauren Duboisin bei der Staarextraktion. Ueber Bulbärparalyse. Zur Behandlung des Karzinoms und anderer Neubildungen der Mammae. Ueber morphologische Veränderungen im Blute Syphilitischer.

Nach Prof. v. Buhl kennzeichnet der von Bright selbst eingeführte anatomische Begriff „Granularschwund" das Endstadium der Bright'schen Krankheit besser als die Benennungen „Schrumpfniere", „interstitielle Nephritis" oder „Nierencirrhose". Es gibt zahlreiche anderweitig erzeugte Schrumpfnieren, ebenso ist durch die letzteren Bezeichnungen keine von anderen Nierenentzündungen verschiedene besondere Form bezeichnet. Der Morbus Brightii ist eine über die ganze Niere verbreitete Erkrankung, also der partielle Granularschwund auch nicht mit ihm zusammenzuwerfen. Der histologische Schwerpunkt liegt in einer interstitiellen diffusen kleinzelligen Hyperplasie. Als Folgeerscheinungen treten dann Umschnürung und endlich Untergang von mehr oder weniger Kapillargefässen der Rinde auf, das Vas efferens der Glomeruli mit inbegriffen. An deren Stelle entwickelt sich ein neues sparsames, dem in fibrösen Geweben analoges Gefässnetz mit unregelmässig langgestreckten Maschen. Hiervon abhängig ist die meistens auftretende fettige und kolloide Entartung der Epitelien der secernirenden und abführenden Harnkanälchen, ebenso deren Obliteration, variköse Erweiterung und kystische Entartung, weiterhin die Verkleinerung, die fibroide und kalkige Umwandlung vieler Glomeruli. Die Interlobulararterien sind oft verengt und obliteriren später; die Arterienwand ist meistens verdickt und zwar nicht bloss die Adventitia und Muskelhaut, sondern auch die Intima und das Endotel. — Mit der Steigerung des Ausfalles an Gefässgebiet geht eine entsprechende Kollateralzirkulation Hand in Hand. Dieselbe geschieht gegen die Fettkapsel, Albuginea und das Kapillarnetz der Rinde, andererseits durch Ablenkung des Blutstromes nach den Vasa recta, die in parallelen Büscheln von der Gränzschicht in das Mark einstrahlen. Der Seitendruck in den letzteren wird erhöht bis zur Exsudation, ihr Durchmesser verdoppelt und verdreifacht, die Widerstände der Vasa afferentia fallen weg, das Blut wird rascher in die Venenbahn eingetrieben, der erhöhte Druck in diesen kollateral gefüllten Gefässen wird durch vermehrte Wasserausscheidung entlastet. Das Wasser gelangt auch fast in toto in den Harn, da mit den Arterien und Kapillaren auch deren Lymphscheiden mit obliteriren. Tritt Hydrops, analog der Stauungsniere, auf, so wird der Harnabgang vermindert. Die Retention der spezifischen Harnbestandtheile kann zur Nephritis und Arthritis urica wie zur Harnsteinbildung (7 pCt. der von v. Buhl beobachteten Fälle) führen. Die Harnmenge wechselt nach der Triebkraft des Herzens; da meistens exzentrische Hypertrophie des linken Ventrikels vorhanden ist, so ist vermehrte Harnmenge vorwiegend. Doch können die Nieren allein den Ausfall an Gefässgebiet durch die geschilderten Cirkulationsverhältnisse kompensiren. — Der Granularschwund hat zwei Vorstadien: erstes Stadium des Morbus Brightii, bestehend in gallertiger Infiltration und Aufquellung des interstitiellen

Bindegewebes mit Einlagerung kleiner Rundzellen-Anfänge der Bindegewebshyperplasie. Zweites Stadium ist die deutlich ausgeprägte Hyperplasie, bei welcher die Wucherung zur Ruhe gelangt ist oder nur noch Nachschübe macht. Aus den histologischen Details dieser Vorstadien des Granularschwundes als dritten Stadiums des Morbus Brightii ist hervorzuheben, dass v. Buhl die Rundzellen des ersten Stadiums als wuchernde endoteliale Zellen auffasst, welche die Lymphbahnen der Rinde verfolgen. — Bezüglich des Verhältnisses des Granularschwundes zur Herzhypertrophie wendet sich v. Buhl sowohl gegen die Traube'sche Theorie als auch gegen die von Gull und Sutton. Gegen die erstere führt er an: 1) Es gibt exzentrische Hypertrophie des linken oder beider Herzventrikel ohne Granularschwund (25.7 pCt. nach Gull und Sutton); 2) es gibt exquisiten Granularschwund ohne Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels (in fast 8 pCt. der Fälle); 3) neben Granularschwund gibt es Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Dilatation (0.6 pCt.); 4) es mangelt völlig eine Erweiterung des ganzen Arteriensystemes, die eine nothwendige Folge erhöhter Spannung wäre; 5) alle übrigen Nierenatrophieen (angeborene Kystenniere, Hydronephrose, Adiposis renum etc.) bringen nach v. Buhl eine exzentrische Hypertrophie des linken Ventrikel nicht zu Stande; 6) und 7) die Hypertrophie auch des rechten Ventrikel ist durch die Traube'sche Theorie nicht erklärt (alleinige Hypertrophie des linken Ventrikels in 21.4 pCt. gegen doppelseitige in 70.8 pCt.), auch nicht durch Fettdegeneration des linken Herzmuskels, da diese oft fehlt, im Gegentheile sogar der rechte Herzmuskel allein verfettet vorkam (nach eigenen Fällen); 8) die Hypertrophie des linken Ventrikels ist oft schon vor dem Granularschwunde vorhanden (Bamberger, Schrötter). — v. Buhl erklärt, gemäss der erörterten Gefässverhältnisse der Nieren und der durch sie ermöglichten Kollateralzirkulation das Fundament der Traube'schen Theorie, dass der Granularschwund eine rückwärts gegen die Aorta und den linken Ventrikel zu fühlbare erhöhte Spannung erzeuge, läugnen zu müssen. Bei der äusserst langsamen Ausbildung des Nierenschwundes weicht der Blutstrom den Hindernissen aus und fliesst die Bahnen geringeren Widerstandes ruhig weiter. Nur akut fieberhafte Anfangsstadien können eine Ueberfluthung bewirken. — Gegen die Gull und Sutton'sche Theorie finden mehrere der erwähnten Einwände ebenfalls ihre Geltung, ausserdem ist hervorzuheben, dass 1) zu Anfang der Nierenerkrankung eine fibroide Verdickung der Kapillaren und Arteriolen nicht vorhanden ist, und 2) fast immer nur die Nieren in entschiedener Schrumpfung angetroffen werden, selten noch ein anderes Organ. Der letzte Punkt ist sehr auffällig, wenn die Arterio-capillary-fibrosis als ein allgemeiner Prozess die Ursache wäre. — v. Buhl's Auffassung des inneren Zusammenhanges beider pathologischer Befunde ist völlig neue Gesichtspunkte heran: 1) Beide Organe erkranken gleichzeitig: die Entwicklung der Herzhypertrophie ist auf die gesteigerte eigene Thätigkeit des Herzens zurückzuführen. Hierfür spricht ausser dem Auftreten der Herzhypertrophie vor dem Schrumpfungsstadium und der exzentrischen Hypertrophie auch des rechten Ventrikel hauptsächlich die Thatsache, dass sie häufig Reste und Ausgänge abgelaufener Entzündungen am Herzen finden, deren Entstehung man in die Zeit des Beginnes der Nierenerkrankung zurückzuverlegen gezwungen ist. 2) Die Myokarditis kann nun das Herz unverändert lassen oder Atrophie, am häufigsten aber Hypertrophie desselben bewirken, und zwar geschieht Letzteres durch folgende Momente: In erster Linie erweitern sich die Herzhöhlen wegen Verminderung der Widerstandskraft des erkrankten Herzmuskels gegen den Blutdruck. Mit dem Schlusse des entzündlichen Prozesses hypertrophirt der Herzmuskel durch „Uebernährung" und durch die vermehrte Arbeitsleistung des erweiterten Ventrikel. Ganz neu ist die Thatsache, dass sich hierzu eine relative Verengerung der Aorta hinzugesellt. Um den wachsenden Widerstand der Aortenverengerung zu überwinden, muss der linke Ventrikel an Hypertrophie bedeutender werden. 3) Die erhöhte Spannung im Aortensysteme und die Herzhypertrophie sind somit nicht vom Granularschwunde, auch nicht von einer verbreiteten Arterio-capillary-fibrosis, sondern umgekehrt die erhöhte Spannung im Aortensysteme ist von der Hypertrophie des linken Ventrikels und von der relativen Aortenstenose abhängig. Die erhöhte Spannung ist wegen der Schlussfähigkeit der Klappen nur eine systolische. 4) Die Arteriolenveränderung ist eine Folge der Herzerkrankung. Die Arterienverdickung der Nieren ist sekundär. Die in 13 pCt. hervortretende Lungenerkrankung (Desquamativpneumonie und Lungencir-

rhose) ist ein der Nierenveränderung analoger Vorgang. In allen anderen Organgeweben findet sich die Konsequenz der Gull-Sutton'schen Erkrankung als Verkleinerung und Verdichtung derselben; in ihnen sind auch die Todesursachen beim Morbus Brightii zu suchen. 5) Aetiologisch ist hervorzuheben, dass übermässige Muskelanstrengungen, besonders des Herzmuskels, zu Myokarditis, exzentrischer Hypertrophie und den anderen Momenten des Morbus Brightii führend, als häufige Ursache desselben gedacht werden können. (Mittheilungen aus dem pathologischen Institute zu München 1878 S. 38.) —

H. Welch zählt in einer Arbeit aus dem pathologischen Institute zu Breslau „Zur Pathologie des Lungenödems" (Virchow's Archiv Bd. 72 S. 375) Eingangs derselben die Ursachen auf, welche in den gebräuchlichen Handbüchern für das Zustandekommen des Lungenödems verantwortlich gemacht werden: 1) gesteigerte Herzaktion; 2) direkte Reize, wie Einathmen heisser oder mit reizenden Substanzen vermischter Luft; 3) kollaterale Hyperämie; 4) Verdünnung der Luft in den Alveolen (verengerte Glottis); 5) Wirkung des kalten Trunkes bei erhitztem Körper und Abkühlung der Körperperipherie; 6) entzündliche Zustände. Für die passive Hyperämie: 1) Störung des Blutabflusses aus den Pulmonalvenen, namentlich Stenose und Insufficienz der Mitralis (seltener Klappenaffektionen der Aorta); 2) jede geschwächte Herzaktion. Jedes der angeführten Momente wird eingehend nach seinem Werthe geprüft und — nicht auf Grund theoretischer Erwägungen, sondern thatsächlicher Beobachtungen — als unzureichend oder gar völlig illusorisch erwiesen. Gibt es denn überhaupt ein Stauungsödem in der Lunge? frägt Welch am Ende dieses Abschnittes. Die Antwort erhält er an Kaninchen und Hunden, denen allmählig ein Hauptarterienstamm nach dem anderen durch Ligaturen ausgeschaltet wurde. Erst wenn der Aortenbogen zwischen Truncus anonymus und linker Subclavia und zwei Aeste des Truncus anonymus geschlossen wurden, d. h. wenn die einzige Abflussröhre aus der Aorta (die Kranzarterien ausgenommen) die eine Karotis oder die rechte Subclavia bildete, entstand ganz regelmässig Lungenödem. Dabei stieg der Manometerdruck in den Karotiden um das Doppelte seiner Normalhöhe. Es musste daher diese Drucksteigerung im arteriellen Systeme entweder keine Stauung in dem Lungenkreislaufe zur Folge haben, oder diese musste nicht gross genug sein, um den Durchtritt von Blutflüssigkeit durch die Gefässwandungen zu ermöglichen. Die zweite Annahme wurde durch Experimente, in welchen der Pulmonalarteriendruck direkt durch ein eingeschaltetes Manometerrohr gemessen wurde, als richtig erkannt. Erst bei fast völligem Aortenverschlusse trat erhebliche Zunahme des Pulmonaldruckes ein, die aber immer noch unverhältnissmässig gering gegen diejenige des Karotismanometers blieb. In einem Versuche, in welchem die einzig offen gebliebene Arterie die rechte Subclavia war, stieg der Pulmonalisdruck von 180 (seiner ursprünglichen Höhe) auf 230 Mm. Soda, d. h. um 4 Mm. Quecksilber. In einem anderen Versuche, in welchem mit Ausnahme der linken Subclavia der Abfluss aus dem Aortenbogen verschlossen worden war, stieg der Druck in der Lungenarterie von 170 Mm. auf 230 Mm. Soda (35½ pCt.), während der mit einem endständigen Manometer gemessene Druck in der Karotis von 60 bis 230 Mm. Quecksilber (300 pCt.) gestiegen war. — Aehnlich war der Effekt, wenn Welch die Stauung im Lungenkreislaufe durch Unterbindung der Pulmonalvenen herzustellen suchte; auch hier gelang es erst bei fast vollständiger Absperrung, Lungenödem zu erzielen; so lange ein Ast zweiter Ordnung offen blieb, war das Hinderniss für Kaninchen sowohl als für Hunde noch nicht gross genug. Verf. hebt nun besonders hervor, dass das Lungenödem ein Stauungsödem sei, wie sich durch die kapilläre Hyperämie und den Blutaustritt in die Alveolen nachweisen lasse, und dass trotz alles Fehlschlagens der Versuche — denn Absperrungen der Art, wie sie zur Hervorbringung von Lungenödem bei den Experimentalthieren erforderlich waren, kommen bei Menschen überhaupt nicht in Betracht — ein mechanisches Moment als Erklärung der Ursache gefunden werden müsse. Als solches erweist sich nun eine Paralyse der linken Herzhälfte bei relativ intaktem rechten Herzen. Welch führt aus, wie eine solche Lähmung nur des linken Ventrikels den rechten Ventrikel nöthigt, so viel Blut in die Lungenarterie zu treiben, dass durch die Erhöhung der Widerstände im kleinen Kreislaufe sein Puls an Kraft kompensirt und der beharrliche Zustand hergestellt wird. Je grösser die Kraftdifferenz, um so höher muss die

Druckhöhe in der Pulmonalis ausfallen, unter welcher der beharrliche Zustand eintreten kann. Direkte Kompression des linken Ventrikels bestätigte die Richtigkeit dieses Endresultates. — — Angeregt durch diese Untersuchungen Welch's macht S. Mayer („Bemerkungen zur Experimentalpathologie des Lungenödems". Wiener akad. Sitzungsberichte 1878 LXXII Mai) darauf aufmerksam, dass bei einem nicht kurarisirten Thiere meist sehr starkes Lungenödem auftrete, wenn nach der Kussmaul'schen Methode die zum Gehirne aufsteigenden Arterien unterbunden sind. Der Abfluss des Blutes aus dem linken Herzen und den Lungen wird hierbei gehemmt durch die Ligatur jener grossen Gefässe und durch die Verengerung der kleineren in Folge der durch die Hirnanämie veranlassten Reize des vasokonstriktorischen Centrums. Als Kräfte, welche dem noch leistungsfähigen rechten Herzen diejenige Menge von Blut zuführen, welche zur Erzeugung eines Lungenödems erforderlich ist, müssen angesehen werden: 1) Die eben erwähnte Thätigkeit des Gefässnervencentrums; 2) die aspiratorische Kraft der dyspnoetischen Respirationen; 3) die ebenfalls durch die Gehirnanämie bedingten Krämpfe der Körpermuskeln. Wird das letzte Moment ausgeschaltet, so tritt bei gleicher Versuchsanordnung kein Lungenödem ein, wie die Versuche an kurarisirten Thieren beweisen. Das Gleiche wird beobachtet, wenn die Saugkraft der Lungen durch Herstellung eines doppelseitigen Pneumothorax und Einleitung künstlicher Respiration aufgehoben ist. —

In v. Langenbeck's Archiv, 22. Bd., S. 965, veröffentlicht H. Kraussold nachstehenden Fall, in welchem zur Bekämpfung beginnender Pyämie die operative Methode eingeschlagen wurde. Ein Mann von 29 Jahren hatte durch direkte Gewalt eine Unterschenkelfraktur erlitten; das schon vor Anlegung des Verbandes geschwollene Bein nahm nach Abnahme desselben fortwährend an Umfang zu, so dass nach einigen Monaten das verletzte Bein einen um 25 Cm. grösseren Umfang hatte als das andere. Da alle Symptome für ein rasch wachsendes Sarkom sprachen (Pulsation war nicht vorhanden; die Punktion ergab nichts, so dass ein Aneurysma ausgeschlossen werden musste), so wurde das Bein dicht über dem Kniegelenke amputirt. Die Untersuchung ergab jedoch nun, dass es sich trotzdem um ein grosses Aneurysma handelte, welches mit der Arteria tibialis postica und der Vena poplitea kommunizirte. — Wiederholte Nachblutungen aus der Arteria femoralis nöthigten zu operativen Eingriffen, welche nicht mehr unter antiseptischen Kautelen vorgenommen werden konnten. Die Wunde ward unrein und der Kranke bekam am 4. Tage einen Schüttelfrost. Die vermuthete Eiterung in der Vene wurde konstatirt, indem aus der in der Wunde blossgelegten Vene nach Abnahme der Ligatur und Entfernung eines Gerinnsels eine missfarbige Flüssigkeit ausgedrückt werden konnte. Da in der Gegend des Poupart'schen Bandes die Vene noch intakt zu sein schien — wenigstens war sie daselbst nicht thrombosirt und nicht empfindlich gegen Druck — so wurde sie da blossgelegt und nach doppelter Unterbindung wurde das zwischen den Ligaturen befindliche Stück von 2—3 Cm. Länge exstirpirt. Darauf wurde an derselben Stelle auch die Arteria femoralis unterbunden. — Die Operation, welche eine Viertelstunde nach dem Schüttelfroste unter antiseptischen Kautelen ausgeführt worden war, hatte für den Kranken den besten Erfolg. Es kam kein neuer Frost, die Amputationswunde reinigte sich bald und die Heilung wurde nur durch eine Eiterung längs der Gefässscheide etwas verzögert. — Kraussold führt einige wenige analoge Fälle aus der Literatur an und erörtert die Umstände, unter welchen ein ähnlicher Eingriff bei eiteriger Venenthrombose mit Aussicht auf Erfolg versucht werden könnte. Das Verfahren ist wahrscheinlich nur an den Extremitäten anwendbar und hat eine exakte Diagnose zur Voraussetzung. Am sichersten ist es natürlich, wenn man die Vene an der verletzten Stelle bloss legen und sich von ihrem Zustande überzeugen kann, wie es in dem geschilderten Falle geschehen ist. Je früher man operirt, desto grösser sind die Chançen des Erfolges, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass die Thrombose der centralen Unterbindung noch zugänglich sei; wäre die am meisten central gelegene Unterbindungsstelle bereits thrombirt, so wäre ein operativer Eingriff wohl aussichtslos. —

O. Rosenbach stellte sich in einer Habilitationsschrift („Ueber artifizielle Herzklappenfehler". Breslau, 1878) folgende Fragen: 1) Welchen Einfluss auf den Blutdruck hat die Zerstörung einer oder mehrerer

appen? 2) Wann und wie tritt die Kompensation ein? 3) Wann und unter welchen Umständen gelingt es, eine Endokarditis zu erzeugen? 4) Was resultirt aus diesen Versuchen zur Lösung klinischer Fragen? — Ad 1) und 2) gelang es ihm nachzuweisen, dass selbst hochgradige Zerstörungen der Klappen (Durchbohrung der Aortenklappen, Zerreissung der Segel, beziehungsweise Sehnenfäden der Mitralis und Tricuspidalis — die Methode ist im Original nachzusehen —), sowie grosse in den Kreislauf eingeschaltete Widerstände (Verengerung der Ostien durch Einführung von Bougies, eventuell mit daran befestigtem aufblasendem Gummiballon) den arteriellen Druck nicht beeinflussen. Es muss also eine Kompensation sofort eintreten, welche nach seiner Ansicht auf der Wirkung vorhandener latenter „Reservekräfte“ des Herzmuskels beruht. Diese Reservekraft des Herzens reicht auch längere Zeit aus, die vermehrten Widerstände zu überwinden, bis sich eine Hypertrophie allmählig entwickelt. Zuerst bildet sich ein Zustand, den Rosenbach als primäre Dilatation bezeichnet, d. h. eine Erweiterung der betreffenden Herzhöhle während der Diastole; allmählig entwickelt sich jene bleibende Dilatatio cordis, welche zeitlich der Hypertrophie nachfolgt. — Ad 3) gelang es dem Verf. bei seinen Versuchen, Fibrinexkrescenzen an den operirten Stellen zu erzeugen, welche bakterienfrei waren und ausserdem Auflagerungen auf den Klappen, welche Mikrokokken enthielten. Die letzteren fanden sich auch in embolischen Herden, welche jenen Klappenauflagerungen ihren Ursprung verdankten. In den letzteren Fällen gelang es, das exquisite Bild der Endocarditis ulcerosa mit allen Folgezuständen (Hämorrhagieen und Embolieen) hervorzurufen, während es sich in den ersteren um Verletzungen des Endotels handelte, welche zu Fibrinniederschlägen Veranlassung gaben. — Ad 4) Starke Stenosirungen der Ostien erzeugten keine Geräusche; Zerreissung von Segeln der Zipfelklappen, beziehungsweise ihrer Sehnenfäden, erzeugte dagegen stets ein systolisches Geräusch, während bei blossen Fibrinauflagerungen Geräusche fehlten. Zerstörungen der Aortenklappen führten zu denselben Symptomen, wie sie bei der Insufficienz dieser Klappe gewöhnlich vorkommen. Fibrinauflagerungen auf den insuffizienten Klappen können die Defekte beim Klappenschlusse bis zu einem gewissen Grade decken. Bei künstlich erzeugter Aorten-Insufficienz hörte Verf. auf dem linken Ventrikel ein deutliches diastolisches Schwirren. Das systolische Geräusch an der Spitze, welches zuweilen bei dieser Affektion gehört wird, bringt er in ein abhängiges Verhältniss zu der Abplattung und bindegewebigen Entartung des Papillarmuskels. Ist der letztere atrophisch, so wird die Klappe nicht so gespannt werden können, als es zur Erzeugung eines Tones nothwendig ist und dadurch entsteht ein systolisches Geräusch. Schliesslich macht Rosenbach noch auf die starke Erweiterung und Dehnung der Arterien aufmerksam, welche im Zusammenhange mit dem Elastizitätsverluste derselben wohl die so oft plötzlich auftretenden Kompensationsstörungen bei den Aorten-Insufficienzen erklären können. (Centralbl. f. d. med. Wissenschaften vom 11. Sept. 1878.) —

Bazy machte der Pariser Société clinique folgende Mittheilung über eine neue Methode, um frisch entstandene Luxationen einzurichten: „Von jeher waren mir die Schwierigkeiten, mit denen man bei der Reduktion mancher Luxationen zu kämpfen hat, aufgefallen, sowie die oft übergrosse Anstrengung, welche der Operateur zu machen, und die Schmerzen, welche der Kranke hierbei auszustehen hat, so zwar, dass man bei kräftigen und muskulösen Patienten häufig zur Chloroformnarkose seine Zuflucht nehmen muss. Ich habe es daher aufgegeben, auf die einzurichtenden Gelenke direkt durch Extension, Elexation, Koaptation etc. mit Hilfe von Manipulationen einzuwirken, die für den Patienten sehr schmerzhaft, für den Chirurgen oft aber sehr peinlich sind, falls er es mit stark gebauten Individuen zu thun hat, deren Muskeln sich um so heftiger kontrahiren, je mehr man sie schmerzhaften Empfindungen aussetzt. Meine „elastische Methode“ verhütet nun in sehr einfacher Weise diese beiden Unannehmlichkeiten, nämlich die Schmerzempfindungen für den Kranken und die Ermüdung des Arztes, und ist der Vorgang hierbei folgender: Eine angefeuchtete Binde wird von den Fingerspitzen bis zur oberen Partie, beispielsweise des luxirten Oberarmknochens, angelegt und hier dazu benützt, um an ihr eine Schlinge zu befestigen. Nun wird eine Kautschukbinde abwechselnd durch diese Schlinge und durch einen in der Wand befestigten Ring geführt, auf welche Weise ein elastischer Riemen,

5—6 Binden-Doppellagen dick und ungefähr 40 Cm. lang, hergestellt wird. Dieser elastische Riemen ist im Beginne der Operation nicht gespannt. Der Kranke setzt sich nun auf einen Sessel, wobei der Arm in Abduktion und in horizontaler Lage sich befindet. Nun wird eine Contraextensionsschleife um den Körper des Patienten angelegt und an derselben der eine Hacken eines Flaschenzuges oder einer anderen Zugvorrichtung fixirt, während der andere Hacken an irgend einem geeigneten Gegenstande befestigt wird. Man zieht hierauf langsam an der Schnur des Flaschenzuges und damit an dem Körper des Kranken, welcher dem Zuge folgt, weshalb man den Sessel nachschieben lassen muss, um den Kranken in sitzender Position zu erhalten. Der Kautschukriemen spannt sich dabei an und der Patient befindet sich jetzt zwischen zwei sanft wirkenden Kräften, von welchen jene, welche auf den verletzten Arm einwirkt, von einem elastischen Apparate herrührt, was wohl in Betracht zu ziehen ist. Während dieser ganzen Zeit leidet der Patient nur wenig oder gar nicht. Man kann ihn während der Operation in ein Gespräch verwickeln und die Reduktion ausführen fast ohne dass er es merkt. — Ich behaupte nicht, dass die Einrichtung bei allen Individuen vollkommen schmerzlos vor sich gehe; die Sensibilität ist eben sehr verschieden. Allein alle Patienten stimmen ausnahmelos darin überein, dass der Schmerz bei weitem geringer sei als während der Untersuchung des erkrankten Gliedes. Die gewöhnliche Dauer der geschilderten Operation ist beiläufig vier Minuten und kann man dieselbe noch dadurch abkürzen, dass man einen Finger in die Achselhöhle des Kranken legt, wo man dann die Lokomotion des Gelenkkopfes fühlt und durch einen mässigen nach aufwärts gerichteten Fingerdruck das Eintreten desselben in die Gelenkpfanne begünstigen kann. Man nähert nun den Kranken jenem Punkte, an welchem der Kautschukriemen befestigt ist, entfernt denselben und legt den Arm in eine Tragbinde". (Revue de Thérap. méd.-chir. 15. August 1878.) —

Während v. Graefe für alle Staar-Extraktionen den Atropingebrauch empfahl, wendet v. Wecker dasselbe jetzt nur noch an, sobald sich Reizerscheinungen von Seite der Iris einstellen, wie ja auch bei Keratitis hinzutretende Iritis zum Atropin die Indikation abgeben kann. Das Atropin nimmt aber dann wieder alle seine Rechte ein, sobald es sich darum handelt, entzündliche Erscheinungen von Seiten der Regenbogenhaut zu bekämpfen, und hier treten dann seine vorzüglichen calmirenden und mydriatischen Eigenschaften in den Vordergrund. — Dagegen empfiehlt v. Wecker auf Grund mehrjähriger Erfahrungen das Eserin bei der Staarextraktion, sowohl unmittelbar nach der Operation, um vor Iriseinklemmung zu schützen, als auch später beim Verbandwechsel, um die Konjunktivalsekretion auf ein Minimum herabzusetzen und „trockene Verbände" zu erzielen; ebenso gegen die verschiedenen Formen der eiterigen Hornhautentzündung. — Beide Alkaloide verhalten sich in mancher Hinsicht antagonistisch, so bewirkt das Eserin: 1) Herabsetzung des Augendruckes; 2) Verminderung der Konjunktivalsekretion durch Kontraktion der Gefässe; 3) Reduktion der Diapedesis im Allgemeinen. Dagegen hat das Atropin zur Folge: 1) Vermehrung des Augendruckes durch Erweiterung der Gefässe, welche Vermehrung in gewissen Fällen bis zur glaukomatösen Drucksteigerung gehen kann; 2) Vermehrung der Konjunktivalsekretion; 3) Zurückdrängen der Iris gegen den Iriswinkel, welches Zurückdrängen in Fällen von Hornhautdurchbruch die Behinderung in der Filtration noch steigern kann. — In den Fällen, in welchen das Atropin nicht vertragen wird, nahm man bisher die Zuflucht zum Belladonna- oder Hyoscyamus-Extrakt, welche beide wenig wirksam waren. Das reine Daturin konnte man sich nur schwer verschaffen und unreine Präparate reizten sehr. Dem Augenarzte musste es daher höchst willkommen sein, in dem schwefelsauren Duboisin ein Mittel kennen zu lernen, welches ein eben so kräftiges Mydriaticum ist wie das Atropin und welches bei allen Kranken angewendet werden kann, welche eine ausgesprochene Intoleranz gegen das Atropin zeigen. In solchen Fällen träufelt v. Wecker vier Mal täglich eine Lösung von Duboisin (0.05 : 10.0 Wasser) in den Konjunktivalsack, ohne die nachtheiligen Wirkungen des Atropins zu bemerken. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Mai, 1878.) —

Prof. Dr. E. Leyden zu Berlin theilt (im Arch. f. Psych. u. Nervenkrkh. VIII 3 S. 641 bis 688, 1878) zwei neue Fälle von Bulbärparalyse mit, schickt jedoch eine kurze

Uebersicht der Geschichte und Pathologie der Krankheit voraus. Das Symptomenbild ist in Kürze folgendes. In der Regel eröffnen Störungen der Zungen- und Lippenmuskeln die Scene: Dysarthrie, daran schliesst sich die Dysphagie, abhängig von der Schwäche der Zunge und des weichen Gaumens. Ebendahin gehört der gewöhnliche Speichelfluss. In den gestörten Muskeln lässt sich jetzt auch Atrophie nachweisen. Weiterhin betheiligt sich der Nervus vagus, die Phonation leidet und dyspnoïsche Anfälle treten auf. Die Muskeln des Halses und Nackens atrophiren und endlich gesellen sich die Symptome der progressiven Muskelatrophie dazu, an Händen und Armen zuerst, später auch am Rumpfe und an den Beinen. Hilflos erstickt der Kranke oder stirbt an Pneumonie. Die Krankheit dauert meistens nicht länger als drei Jahre. Die Symptome verlaufen im Gebiete der Motilität; Sensibilität und Psyche betheiligen sich nicht. Hauptsächlich leiden bilateral der Nervus hypoglossus, die Lippenäste des N. facialis, der N. vagus, der motorische Theil des Trigeminus, deren Kerne sämmtlich in der Medulla oblongata nahe der Raphe liegen. Der Charakter der Muskelaffektion ist der einer fortschreitenden primären Atrophie. Die Muskeln sind schlaff; Kontrakturen kommen zwar vor, sind aber unwesentlich. — Der pathologische Befund ist nach den fünf vom Verf. bis jetzt beobachteten Fällen übereinstimmend dieser: 1) Die atrophischen Muskeln bieten das Bild der einfachen ungleichmässigen Atrophie; die intramuskularen Nervenstämmchen sind hochgradig atrophisch. 2) Die befallenen Hirn- und vorderen Spinalnerven sind theils sklerotisch, theils fettig entartet. 3) Im Rückenmarke findet sich eine ausgedehnte Erkrankung der ganzen vorderen weissen sowie der grauen Substanz vor. Am stärksten degenerirt sind die Vorderseitenstränge (Pyramidenbahnen). Die grösste Intensität des Prozesses findet man im oberen Brusttheile, derselbe setzt sich nach dem Verlaufe der Pyramidenbahnen in die Medulla oblongata und durch diese in den Pons fort. Auffällig ist die deutliche Atrophie der grossen Zellen der Vorderhörner, ihr entspricht in der Medulla oblongata die Atrophie der Stilling'schen Nervenkerne. Die Natur der Degeneration ist bei einigermassen stärkerer Entwicklung unzweifelhafte Sklerose, während die weniger intensiven Formen der absteigenden Degeneration Türck's gleichen. Diese Befunde differiren von denen Charcot's etc., in welchen bei Paralysie glosso-laryngée nicht Degeneration der weissen Stränge, sondern nur Atrophie der grauen Substanz gefunden wurde, und noch evidenter ist der Zwiespalt mit dem Krankheitsbilde, welches Charcot als symmetrische amyotrophische Seitenstrangsklerose aufgestellt hat. Obwohl bei dieser sowohl als bei der typischen Bulbärparalyse eine Degeneration der Pyramidenbahnen vorliegen soll, sind beide doch dadurch wesentlich unterschieden, dass bei der Lateralsklerose die Muskelatrophie eine deuteropathische, der Lähmung folgende ist und die Lähmung selbst mit Rigidität, Muskelspasmen und Kontrakturen verbunden ist. Es steht durch die vorliegenden Untersuchungen so viel fest, dass Seitenstrangdegeneration nicht nothwendig zu Rigidität und Kontrakturen führt. — Leyden's neue Beobachtungen sind folgende: 1) Frau D., 27 Jahre alt, aus gesunder Familie, am 27. Juni 1876 aufgenommen, erkrankte vor $1^3/_4$ Jahren mit Schwäche im rechten Arme und der rechten Hand. Vor 1 Jahre wurde auch die linke Hand befallen, weiterhin der rechte und der linke Fuss. Seit einem Monate wurde die Sprache undeutlich. Bei der Aufnahme klagte die Kranke über grosse Schwäche in allen vier Extremitäten und über erschwerte Sprache. Die Muskeln der Arme, zumal der Vorderarme, waren atrophisch, die Hand zeigte den deutlichen Typus der progressiven Muskelatrophie: Ballen des Daumens und Kleinfingers geschwunden, Spatia interossea eingesunken. Die Beine waren nicht atrophisch, aber kraftlos und wurden geschleift. Die Sprache war schwerfällig, lallend, die kleine dünne Zunge zeigte fibrilläre Zuckungen; die Patientin verschluckte sich zuweilen. Die elektrische Prüfung der Muskeln ergab lebhafte normale Reaktion. Am 18. Dezember bekam die Kranke einen epileptiformen Anfall, an welchen sich in der Folge öfter stenokardische Anfälle anreihten. Es traten reichliche Nachtschweisse auf. Alle Symptome wurden allmählig stärker, die Sprache wurde ganz unverständlich, das Schlingen sehr erschwert, die Lippen wurden atrophisch. Bewegungen der Glieder waren kaum noch möglich, der Allgemeinzustand verfiel, es entwickelte sich doppelseitige Pleuritis und am 9. Juli 1877 trat der ersehnte Tod ein. Bei der Sektion zeigte sich auf dem Durchschnitte des Rückenmarkes, besonders in der Hals- und Lendenanschwellung, eine leicht röthlich-graue Beschaffenheit an den hinteren

Abschnitten der Seitenstränge. Die atrophischen Muskeln des Armes, des Halses und der Zunge waren fettig entartet, blassgelb. Mikroskopisch ergaben sich die NN. hypoglossus und facialis, die vorderen Wurzeln der Cervikalgegend atrophisch. Die vorderen Theile des Rückenmarkes, vor Allem die Hinterseitenstränge, waren sklerotisch entartet, die graue Substanz atrophisch, arm an Ganglienzellen, die Pyramiden gering sklerotisch, der Hypoglossuskern atrophisch. — 2) Herr v. N., 40 Jahre alt, stammte aus einer neurotischen Familie. Er war 1874 mit Atrophie der Vorderarme und Hände erkrankt. Anfang 1876 hatten sich Sprech- und Schlingbeschwerden sowie Schwäche der Beine hinzugesellt. Die Symptome waren typisch: Lippen und Zunge atrophisch, Sprache sehr undeutlich, Schlingen behindert, Gesichtsausdruck charakteristisch weinerlich, Hals und Hände abgemagert; dyspnoïsche Anfälle waren ebenfalls vorhanden. Die Krankheit schritt langsam fort, es entwickelte sich heftiger Bronchialkatarrh und am 31. Juli 1877 trat der Tod ein. Die atrophischen Muskeln zeigten eine ungleichmässige einfache Atrophie, die intramuskularen Nerven dasselbe. Im Rückenmarke fand sich eine sehr intensive und deutliche symmetrische Seitenstrangsklerose. Die Pyramiden waren stark sklerotisch degenerirt, bis in den Pons hinein. Die vordere graue Substanz war atrophisch, zeigte fast totalen Mangel an Ganglienzellen, die Zellen der Hypoglossuskerne waren bis auf kleine Reste geschwunden. — In einem Anhange gibt Leyden eine kurze Uebersicht der bisher bekannten Fälle von progressiver amyotrophischer Bulbärparalyse mit anatomischer Untersuchung der zwei Fälle dieser Krankheit ohne Alteration der Seitenstränge (Charcot 1870; Duchenne und Joffroy 1870) und der Fälle von primärer symmetrischer Seitenstrangsklerose. —

Bouchut legte der französischen Akademie der Wissenschaften einen aus vulkanisirtem Kautschuk gefertigten Kürass vor, den er mit Erfolg bei der Behandlung des Karzinoms und anderer Neubildungen der Mammae in Anwendung brachte. Der Theorie nach beruht diese Behandlungsmethode auf der Herstellung einer künstlichen Anämie der Neubildung, so dass deren Wachsthum in Folge der geringen Ernährung nicht weiter fortschreitet und sogar Rückbildung des krankhaften Gewebes eintreten kann. — Ein Gleiches wurde in einem Falle von Zungen-Epitheliom auf folgende Weise bewirkt: Haward unterband die linke Arteria lingualis und erzielte dadurch, dass 14 Tage vor dem aus anderer Ursache erfolgten Tode des Individuums die Zunge fast normal war, indem die Neubildung durch ungenügende Blutzufuhr mehr und mehr schwand. — Bei der oben geschilderten Behandlung des Karzinoms vermittelst Kompression ist aber zu bedenken, dass das Wachsthum der Geschwulst nicht innerhalb des bereits gebildeten Gewebes, sondern in der Umgebung seinen Sitz hat, dass es also darauf ankommt, hier die Ernährung seitens des Blutes möglichst herabzusetzen. Wenn auch eine Rückbildung einer einmal vorhandenen Geschwulst kaum zu erwarten steht, so ist doch anzunehmen, dass dem weiteren Umsichgreifen derselben auf diese Weise erfolgreich eine Schranke gesetzt werden könne; freilich würde nur ein mit peinlichster Sorgfalt angelegter, überall gleichmässig fest komprimirender Verband diesen Zweck erfüllen können. (Med.-chir. Centralblatt, 1878, Nr. 38.) —

Cutter zu Boston berichtet im New-York Med. Record, 1878, Nr. 24, über die morphologischen Veränderungen im Blute Syphilitischer unter Vorlegung mikrophotographischer Zeichnungen Folgendes: Es entstehen bei der Syphilis im Blute kupferfarbige fadenförmige Neubildungen mit runden und erweiterten Endigungen und Sporen. Die durch Salisbury in dieser Beziehung bereits gelieferten Andeutungen finden hiernach ihre Bestätigung. Somit kann jetzt schon mittelst mikroskopischer Blutuntersuchungen unzweifelhaft das Vorhandensein von Syphilis konstatirt werden. Lostorfer in Wien, der bereits die Vergrösserung der weissen Blutkörperchen erkannt und einen Pilz bei der Syphilis vermuthet hatte, war noch nicht dahin gelangt, die kupferfarbenen Sporen im Blute mikroskopisch nachzuweisen. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 44.

Erlangen, am 2. November 1878.

Wöchentlich
n Bogen von
8 Quartseiten.
reis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

nhalt. Zur Pathologie der Nieren und des Harnes. Ueber parenchymatöse Keratitis. Fall von Milzbrand mit Blutuntersuchung und Analyse der In- und Exspirationsluft. Ursache des Molluscum contagiosum. Zur Behandlung akuter Bubonen. Zur Puerperalfieberstatistik. Einfluss des Vagus auf die Muskeln der Lunge. Zur Behandlung des Keuchhustens. Ueber Angio-Sarkome. Ueber Scheidengeschwülste. Salpetersaures Blei gegen Onyxis.

Beiträge zur Pathologie der Nieren und des Harnes veröffentlicht H. Senator in Virchow's Archiv Bd. 73 S. 1 ff. Als die wichtigsten und für die Auffassung des Zusammenhanges gewisser Herz- und Nieren-Erkrankungen bestimmenden Erscheinungen der typischen, chronischen, interstitiellen Nephritis werden vom Verf. hiebei die folgenden Punkte eingehender besprochen: 1) Die Störung der Nierenfunktion gibt sich zu erkennen durch Entleerung abnorm grosser Mengen eines blassen, klaren, spezifisch leichten Urines von wechselndem Eiweissgehalte. Die vermehrte Menge ist früher vorhanden und konstanter als der Eiweissgehalt. 2) Die absolute Menge der spezifischen Harnbestandtheile, obenan des Harnstoffes, ist im Beginne und lange Zeit im Verlaufe der Krankheit nicht vermindert gegenüber dem Verhalten bei akuter und chronisch-parenchymatöser Nephritis, bei welcher gerade im Beginne und häufig noch später während längerer Zeit abnorm wenig Harnstoff ausgeschieden wird. 3) Das auffallend häufige Zusammentreffen der Nierenerkrankung mit Hypertrophie des linken Ventrikels geschieht in zweierlei Formen, als Hypertrophie mit Dilatation der Herzhöhle (excentrische Hypertrophie) und ohne solche Dilatation oder gar mit Verkleinerung der Herzhöhle (einfache oder konzentrische Hypertrophie). Diese in der Literatur auffällig wenig beachtete Thatsache gewinnt dadurch grosse Bedeutung, dass die einfache Hypertrophie ungleich häufiger in die Erscheinung tritt, vielleicht auch nach Senator's Ansicht die allein vorkommende ist bei ganz reinen Formen, d. h. solchen, bei denen ausser der Nierenschrumpfung keine pathologischen Veränderungen, die eine Erweiterung des linken Ventrikels bedingen können, sich finden. Verf. theilt fünf eigene Fälle mit Sektionsergebnissen mit, die das besprochene Verhalten darzeigen; ausserdem wird seine Angabe durch zahlreiche bestätigende Mittheilungen aus der einschlägigen Literatur gestützt. Es überwiegt, wie auch vergleichende Gewichtsbestimmungen ergeben, bei der Hypertrophie der Schrumpfniere die Massenzunahme des Herzens im Verhältnisse zu seiner Ausdehnung; im Gegensatze hierzu steht die chronisch-parenchymatöse Nephritis, bei welcher das umgekehrte Verhältniss vorwiegt, wenn es überhaupt zu einer Volumszunahme des Herzens kommt. 4) Es kann im Beginne der chronisch-interstitiellen Nephritis und während eines langen Zeitraumes in ihrem Verlaufe eine einfache Herzhypertrophie bestehen, ohne durch die physikalische Untersuchung nachweisbar zu sein. Es lässt sich also klinisch nicht bestimmen, wann bei der genannten Nieren-Erkrankung die Herzhypertrophie eintritt, und ob sie nicht schon im frühesten Stadium, sobald die ersten Zeichen der gestörten Nierenfunktion sich bemerkbar machen, sich entwickelt hat. — 5) Die anatomische, durch statistische Untersuchungen

gestützte Thatsache, dass Nierenschrumpfung in einer von den Autoren verschieden gross angegebenen, aber doch ansehnlichen Zahl von Fällen ohne Hypertrophie des Herzens gefunden wird, bekräftigt die Anschauung, dass Nierenschrumpfung nicht nothwendig die Ursache der Herzhypertrophie sei, sondern dass auch das Verhältniss umgekehrt, oder dass beide Zustände koordinirte Wirkungen eines dritten, des eigentlichen ursächlichen Momentes, sein können. Auch noch andere Organerkrankungen kompliziren das anatomische Bild der Schrumpfniere. So treffen Schrumpfniere und Klappenerkrankungen des Herzens auffallend häufig zusammen, ebenso sklerotische Veränderungen der Arterien, welche letztere durch Theilnahme der Kranzarterien an der Entartung eine nachträgliche Dilatation des hypertrophischen Ventrikels verursachen können. Hierzu kommen noch verschiedenartige Gefässveränderungen, deren anatomischer Charakter noch eine offene Frage bildet, wie Johnson's Hypertrophie der Muskelhaut der kleinen Arterien und die Arterio-capillary-fibrosis von Gull und Sutton. —

In einer Arbeit über parenchymatöse Keratitis (Archiv f. exp. Pathol. u. Pharmakol. VII 6) versuchte Dr. E. Raehlmann auf dem Wege des Experimentes folgende Fragen zu lösen: Sind die histologischen Vorgänge bei der von den Klinikern als parenchymatöse Hornhautentzündung bezeichneten Affektion verschieden von denen bei traumatischer Keratitis und woran liegt es, dass die parenchymatöse Entzündung keine Narben zurücklässt? Künstlich konnte Verfasser die parenchymatöse Hornhautentzündung dadurch hervorrufen, dass er in die Sklera, einige Millimeter vom Hornhautrande entfernt, Fäden einlegte. Durch successive Einlegung neuer Fäden konnte die diffuse Hornhauttrübung verstärkt, durch Entfernung der Fäden unterbrochen, bezüglich rückgängig gemacht werden. Das Experiment bezweckt und bewirkt demnach etwas ganz Anderes als die durch direkte mechanische oder chemische Reizung der Hornhaut erzeugte Form der Keratitis. — Bei Beginn der Trübung zeigt das Mikroskop, dass die trüben Punkte stark gefärbten zelligen Gebilden entsprechen, welche dicht unter der Bowman'schen Schicht liegen und die tieferen Hornhautschichten fast frei lassen. Zwischen den Punkten unterscheidet man die reihenweise angeordneten Hornhautzellen als kurze Striche. Nach 2—3 Tagen ist die ganze Hornhautdicke gleichmässig von dichten trüben Punkten durchsetzt, zwischen denen die eigentlichen Hornhautkörperchen verschwunden scheinen. Haufenweise Trübungen, die das Gewebe auseinanderdrängen, finden sich nicht. Die Gefässbildung beginnt am 4. bis 5. Tage, bis zum 8. Tage sind fast alle getrübten Schichten von Gefässen durchzogen. — Den Beginn der Trübung fasst Raehlmann als Einwanderung von Rundzellen auf, welche den weissen Blutkörperchen durchaus gleichen. Im weiteren Verlaufe aber wandeln sich die Hornhautkörperchen selbst in grosskernige Protoplasmazellen um. Die neugebildeten Kapillaren ziehen den Grundfibrillen entlang: sie sind an den Spindelzellen ihrer Wandungen erkennbar. — Fortgesetzte Reizung der Sklera vermag allerdings schliesslich zur Abstossung von Hornhautsubstanz zu führen. Geschieht dies aber nicht, so beginnt die Aufhellung zur Zeit, zu welcher die Gefässneubildung am entwickeltsten ist. Wahrscheinlich wird aus den Spindelzellen das neue Fasergewebe der Hornhaut gebildet, aus den granulirten oblongen Kernformen werden die Hornhautzellen selbst wieder hergestellt, nur dass ihre Ausläufer kurz und dick sowie auffällig körnig bleiben. Im Ganzen gleicht das neue Gewebe indessen in seiner Durchsichtigkeit dem ursprünglichen. Eine trübe Narbe wird nicht gebildet, vielleicht weil die veränderten Hornhautkörper in ihrer gegenseitigen Lage geblieben sind, eine wirkliche Gewebslücke also nicht vorhanden war. —

Einen Fall von Milzbrand mit Blutuntersuchung und Analyse der In- und Exspirationsluft veröffentlichen Routier und Regnard. Ein 35jähriger Austräger in den Markthallen hatte sich eine kleine Wunde in der Gegend des linken Unterkieferwinkels beim Rasiren zugezogen, aber dann noch Fleischstücke in der Weise getragen, dass dieselben auf der linken Schulter ruhten und die betreffende Gesichtsseite sich dagegen lehnte. Noch an demselben Abende frug er im Hôtel Dieu an, ob die Wunde irgend gefährlich sei; da an ihr nichts Verdächtiges zu bemerken war, wurde er mit der Weisung entlassen, sich, sobald Krankheitssymptome sich einstellen sollten, wieder einzufinden. Dies geschah schon am nächsten

Morgen. Der Kranke hatte die Nacht sehr unruhig verbracht, kam in's Spital fröstelnd, kyanotisch, äusserst hinfällig und mit kaltem Schweisse bedeckt; die Temperatur war bereits auf 36° gesunken. An der Hautwunde war ausser einer stetig und fast unter den Augen zunehmenden Anschwellung des Halses nichts Besonderes wahrzunehmen. Die Athemnoth steigerte sich, der Puls wurde fadenförmig, der Kranke verlor das Bewusstsein; erst einige Stunden später zeigte die kleine Wunde die charakteristischen Eigenschaften der Pustula maligna. Die Untersuchung des der einen Fingerspitze entnommenen Blutes zeigte Bakterien in reichlicher Menge. Die Temperatur sank allmählig auf 33°; Zu dieser Zeit, da der Kranke bereits hoffnungslos und der Agonie nahe war, wurde die Menge des inhalirten Sauerstoffes und der exhalirten Kohlensäure bestimmt. Es fand sich, dass der 80 Kilo schwere Patient in einer Stunde 7924 Sauerstoff verbrauchte und 6300 Kohlensäure ausschied, dass also das Verhältniss dieser beiden Gase wie 1 : 0.82 war. Demgemäss blieb die Menge sowohl des aufgenommenen Sauerstoffes als der abgegebenen Kohlensäure weit hinter der Norm zurück, indem sie nur etwa $^1/_3$ derselben betrug; die Temperaturerniedrigung war also von einer Herabsetzung der Verbrennungsprozesse im Organismus abhängig. Pasteur und Joubert haben bekanntlich die Theorie aufgestellt, dass der Tod bei Milzbrand eintrete, weil die Bakterien den Blutkörperchen den Sauerstoff entziehen und so eine allmählige Herabsetzung der Oxydationsprozesse und der Temperatur herbeiführen. Der vorliegende Fall könnte nach der Ansicht der Verfasser dieser Theorie zur Stütze dienen; zur Zeit als die Untersuchung angestellt wurde, wäre dann der Sauerstoff schon allmählig dem Blute entzogen worden und die Folge dieser allmähligen und fortschreitenden Verarmung an Sauerstoff wäre die Abkühlung und die Herabsetzung der Verbrennungsprozesse gewesen, wie sie die obige Bestimmung der respiratorischen Gase nachwies. Doch lässt sich gegen diese Schlussfolgerung vor Allem einwenden, dass die Bestimmung fast in der Agonie des Kranken, also zu einer Zeit geschah, zu welcher die Funktionen aller Organe bereits auf's Erheblichste darniederliegen. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med., 1878, 12. Okt.) —

Ueber die Ursache des Molluscum contagiosum äussert sich Prof. Dr. Bollinger folgendermassen: Bekanntlich finden sich in den als Moll. cont. beim Menschen bezeichneten epitelialen Neubildungen der Haut eigenthümliche Körperchen vor, deren Natur seit Paterson von den Autoren vielfach besprochen wurde. Virchow führte 1865 die Entstehung dieser räthselhaften Gebilde, die an oder in den hyperplastisch gewucherten Epidermiszellen ihren Sitz haben, auf eine spezifische Degeneration epidermoidaler Elemente zurück, während der neueste Untersucher derselben, Lukomsky, sich jeder Meinung über die eigentliche Natur der Molluscum-Körperchen enthält. Verf. hat schon 1873 eine ähnliche höchst ansteckende Hautaffektion bei Hühnern beschrieben, bei welcher sich in den pockenartigen Haut-Efflorescenzen ebenfalls eigenthümliche Körperchen, ähnlich den in Rede stehenden menschlichen Molluscum-Körperchen, vorfanden. Damals glaubte er die Körperchen als eine eigenthümliche Modifikation der Zellkerne der pathologisch gewucherten Epidermiszellen erklären zu müssen. Neuerdings angestellte Untersuchungen über das Epitelioma contagiosum bei Hühnern und Tauben, wobei das Material aus München, Wien und Dortmund stammte, haben ihn jedoch überzeugt: einmal, dass diese Geflügelkrankheit, welche früher unter dem Namen „Geflügelpocken" beschrieben wurde, durchaus analog sich verhält dem Moll. cont. des Menschen; ferner, dass die eigenthümlichen Molluscumkörperchen sowohl beim Menschen wie beim Geflügel nichts Anderes darstellen, als Gregarinen oder permanente Amöben, deren Entwicklung und Vermehrung auf dem Wege der Theilung und Abschnürung vor sich geht. Bei den jüngeren Entwicklungsstufen lässt sich die Zusammensetzung der Körperchen aus thierischem Eiweiss leicht nachweisen, später beobachtet man deutliche Bildung des Zellkernes mit Kernkörperchen sowie einer äusseren Umhüllungsmembran. Dass es sich hier in Wirklichkeit um einen einzelligen Zooparasiten handelt, wurde dem Verf. von Prof. Haeckel an übersandten Präparaten bestätigt. Noch mag bemerkt werden, dass die beim Menschen für das Leben ungefährliche Krankheit beim Geflügel als eine bösartige Infektionskrankheit auftritt, welche die Thiere häufig in kürzester Zeit tödtet, besonders dadurch, dass sich der Parasit in der Mundhöhle, im Rachen und Kehlkopfe festsetzt und grossartige diphtherieähnliche Zerstörungen verursacht. Da die angestellten, allerdings nur vereinzelten

Uebertragungsversuche vom Huhne auf den Menschen und umgekehrt bis jetzt erfolglos blieben, so lässt sich nicht mit Sicherheit angeben, ob der Zooparasit des Moll. cont. beim Menschen und Geflügel identisch ist, obwohl Bollinger, gestützt auf die Uebereinstimmung der anatomischen Verhältnisse der Neubildung wie auch der morphologischen Eigenschaften des Parasiten, dies nicht bezweifelt. — Eine Beobachtung, welche bei einer Enzootie von Molluscum contagiosum bei Tauben in Dortmund neuerdings gemacht wurde, lässt daran denken, dass die Infektionsquelle vielleicht in den bekannten Gregarinen der Kaninchen zu suchen ist. Die Uebertragung der Krankheit vom Geflügel auf den Menschen und umgekehrt ist auf alle Fälle höchst wahrscheinlich. (Wiener mediz. Wochenschrift v. 12. Okt. 1878.) —

Dr. Hlavac bespricht (im Militärarzte XII 6 1878) die auf der zweiten Abtheilung des Garnisons-Spitales Nr. 2 in Wien gebräuchliche Behandlung akuter Bubonen nach Zeissl's Abortivmethode, bestehend in der Anwendung von Ueberschlägen mit Aqua plumbica, vereint mit einem Druckverbande, sowie in der Spaltung vereiterter Bubonen rechtwinklig auf die Spannungslinien der Haut, schliesslich in der Fortsetzung des mit Bleiwasserüberschlägen kombinirten Schutz- und Druck-Verbandes. Diese Behandlung hat Verfasser insoferne modifizirt, als er bei und nach der Spaltung das antiseptische Verfahren anwendet. Zeigt sich nach der Anwendung von Bleiwasser deutliche Fluktuation, so wird nach vorhergegangener Desinfektion mit 5 pCt. Karbolsäurelösung die Eröffnung des Bubo mit oder ohne 2 pCt. Karbollösung vorgenommen. Besonders wichtig ist nach Hlavac die Richtung des Schnittes, da parallel mit den Spannungslinien der Haut geführte Schnitte niemals klaffen, wesshalb die Ränder leicht verkleben und bei jedem Verbandwechsel erst wieder getrennt werden müssen, um dem Eiter Abfluss zu verschaffen. Eingelegte Charpiewieken verhindern zwar das Verkleben, verstopfen aber selbst die Oeffnung und wirken nebenbei reizend; nach Anwendung von Drainageröhren kommt es nicht selten zur Verjauchung und Eiterung. Schnitte, welche die Spannungslinien der Haut rechtwinklig kreuzen, klaffen dagegen stets und gestatten einen kontinuirlichen Abfluss des Eiters. Es muss daher stets ein ausgibiger, rechtwinklig auf die Leistenbeuge, in der Schenkelgegend am Sartorius verlaufender Schnitt geführt werden. Nach Entleerung des Eiters wird die Höhle mit 8 pCt. Chlorzinklösung ausgespritzt, welche bei virulenten Bubonen das am Grunde befindliche Schankergift, bei einfachen Drüsenabszessen den pyogenen Ueberzug zerstört und auf diese Weise den Heilungsvorgang beschleunigt. Hierauf wird die Wunde mit einer achtfachen in Karbollösung getränkten Mullschichte bedeckt, worüber ein Stück doppelt gummirte Kautschukleinwand und eine straff angespannte Spica coxae zu liegen kommen. Dieser Verband wird nach 24 Stunden gewechselt und nun unmittelbar auf die Wunde ein karbolisirter Kautschukpapierstreifen gelegt, der sehr billig ist und denselben Dienst leistet wie der Protektiv-Silk. Bei dem nächsten abermals nach 24 Stunden vorgenommenen Verbandwechsel stösst sich gewöhnlich der Chlorzinkschorf ab, die Eitersekretion nimmt rasch ab, und gewöhnlich ist bei dem 5.—7. Verbandwechsel vollständige Vernarbung zu konstatiren. Die Behandlungsdauer beträgt durchschnittlich für jeden Kranken $10^1/_2$ Tage. In keinem Falle hat Verf. schankerartige Beschaffenheit des Bubo beobachtet. — Bei Behandlung der Syphilis hat derselbe sehr günstige Erfolge mit subkutaner Injektion von Chlornatrium-Sublimat erzielt. Für die lokale Behandlung der Schankerformen rühmt er die Wirkung des Jodoform und der Borsäure, welche Mittel zwar theurer sind als die meisten bisher gebräuchlichen, die Dauer der Behandlung aber wesentlich abkürzen. —

Die im Herbste des Jahres 1877 von der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft gewählte Kommission zum Studium der Verbreitung des Puerperalfiebers hat nach eingehender Sichtung des in den dortigen statistischen Bureaux enthaltenen Materiales und nach genauen Nachforschungen an der Hand der offiziellen Todtenscheine dem k. preuss. Kultusministerium ihre — in der Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. III S. 1 ff. veröffentlichte — Denkschrift überreicht. Eine Krankheit, welche für den gesammten preuss. Staat einen — gering berechnet — jährlichen Verlust an Frauen von 8872 herbeiführt, wie das Puerperalfieber es thut, verlangt eben so dringend die spezielle Sorgfalt der Behörden wie Pocken und Cholera. Selbst die tüchtigste Ausbildung der Aerzte, deren strengste

chterfüllung erscheinen unzureichend, um mehr als ja nur ein verhältnissmässig ner Bruchtheil von Entbindungen in Gegent und unter Mithilfe von Aerzten erfolgt. nn unter Puerperalfieber Entzündungen tanden werden sollen, die durch die Aufme septischer Stoffe entstanden sind, so s es vor Allem darauf ankommen, diese nahme zu verhindern, speziell diejenigen, che überwiegend häufig allein mit den chlechtstheilen Gebärender in Berührung nmen, nämlich die Hebammen, mit den ahren solcher Infektion vertraut zu machen l durch strengste Kontrole zur Reinlicht und Desinfektion anzuhalten. Als wesentn hierfür erachtet jene Kommission die zeigepflicht, wie sie für Pocken, Cholera d andere Krankheiten besteht. — Herr ax Boehr, ein Mitglied obiger Kommission, t das gesammelte Material in einer überaus issigen Arbeit („Untersuchungen über die iufigkeit des Todes im Wochenbette in eussen"; Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. III 17 ff.) zusammengestellt und nach den rschiedensten Richtungen erweitert und beuchtet. Die dabei gewonnenen Resultate nd in der That ausserordentlich frappant; sterben nahezu drei Mal so viel Frauen hrlich am Kindbettfieber als an Pyämie ach chirurgischen Operationen. Es sind in en letzten sechzig Jahren 321,791 Frauen Preussen am Puerperalfieber gestorben oder ach der Correktur, welche die Kommissionsrbeiten ergaben und die immerhin noch als nter der Norm stehend betrachtet werden uss — 363,624. An der Cholera starben in iesem Zeitraume — in 17 Cholerajahren — ur 360,000 Menschen. Bei alledem ist aber eiter zu bedenken, dass zu letzterer Zahl lle Altersklassen und beide Geschlechter beiragen, während jene Zahl nur weibliche Inlividuen im geschlechtsreifen Alter umfasst. Fruchtbarkeit und Tod im Kindbette zeigen einen wesentlichen Zusammenhang, ebensowenig die Bevölkerungsdichtigkeit. Es starben von den Frauen zwischen dem 15. und 50. Lebensjahre 12.01 pCt. im Kindbette. In den Schlusssätzen spricht sich Boehr auf das Bestimmteste dahin aus, dass die Frequenz des Kindbettfiebers abhängig ist von der Disciplin, welche die staatlichen Aufsichtsorgane, also in erster Linie die Physiker, über die Hebammen ausüben. In einem Rückblicke auf einige frühere amtliche Bestrebungen zur Beschränkung des Kindbettfiebers theilt er einige interessante Beobachtungen und die erfolgreichen Massregeln der Behörden zur Unterdrückung lokaler Epidemieen mit. Er ist der Ueberzeugung, dass die Physiker sehr wohl eine strenge Kontrole durchzuführen vermögen, wie er sie in seinem Amtskreise übt. Die Hebammen sollen besser gestellt werden für die an sie zu stellenden höheren Anforderungen; sie sollen von der Pflege erkrankter Wöchnerinnen dispensirt sein. —

Anknüpfend an die Versuche von Leo Gerlach hat Th. H. Mac Gillavry den Einfluss des Vagus auf die Muskeln der Lunge experimentell weiter verfolgt. Die Kontraktion dieser Muskeln könnte eine sehr beträchtliche sein und dennoch die Gesammtdruckschwankung in dem mit dem Manometer verbundenen Binnenraume der Lunge eine sehr geringe (Gerlach fand 5 Mm. Wasser), wenn z. B. die Ringmuskeln der feinsten Bronchien sich zusammenzogen. Eine solche Kontraktion müsste ein sehr bedeutendes Athemhinderniss abgeben und würde vollkommen ausreichen, die Erscheinungen des Asthma zu erklären. — Um nun diese Annahme experimenentell zu prüfen, verbindet Verf. die Luftröhre mit einem grossen 7 bis 8 Liter fassenden Gefässe, durchlöchert schnell die Oberfläche der blossgelegten Lunge mit einer feinen Nadel, drängt die Luft aus dem Gefässe durch einen gleichmässigen Wasserstrom in die Lungen und misst den Druck, unter welchem die Luft ausströmt, durch ein seitlich angebrachtes Manometer. Werden nun die peripherischen Enden beider Vagi oder auch nur eines derselben gereizt, so steigt das Manometer und zeigt so, dass dem Ausströmen der Luft ein Widerstand entgegengesetzt wird, was mit der Annahme stimmt. Der linke Vagus ist wirksamer als der rechte. — Man muss, um Störungen zu vermeiden, die Thoraxwände so weit als möglich entfernen. Andernfalls legt sich die aufgeblähte Lunge an die Wand an und wird, da Dyspnoe eintritt, von den Bewegungen der Wände unter wechselnden Druck gesetzt, wodurch bedeutende Schwankungen der Wassersäule des Manometers zu Stande kommen. Ein grosses Hinderniss für die Versuche ist ferner der bei der Vagusreizung eintretende Herzstillstand, welcher natürlich zur Dyspnoe Anlass gibt. Nichtsdestoweniger ist der Grundversuch leicht auszuführen und ganz sicher. Die Steigerungen des Druckes, welche Gillavry sah, betrugen bis zu 52 Mm. Wasser

= 4 Mm. Quecksilber. Das ist ungefähr dieselbe Druckschwankung, welche bei der ruhigen In- und Exspiration erfolgt, und eine Kontraktion von jener Grösse, wenn sie in den Muskeln der kleinen Bronchien eintritt, muss jedenfalls eine erhebliche Aenderung der Respirationsverhältnisse bewirken. G. kommt zu dem Schlusse, dass die Behinderung der Exspiration erheblicher sein muss als die der Inspiration. Die Anwendung dieser Erscheinungen auf die Erklärung des Asthma glaubt er jedoch als nicht hinreichend bezeichnen zu müssen. Vielmehr müsse man zu letzterer auch noch das Verhalten der Gefässe in's Auge fassen, da es ihm unwahrscheinlich däucht, dass jene Krämpfe ohne Hyperämie erfolgen sollten. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1878, Nr. 37.) —

Nachdem Letzerich den Satz aufgestellt hatte, dass die Ursache der Tussis convulsiva in niederen Organismen zu suchen sei — eine Ansicht, welche durch die Arbeiten von Henke noch gestützt wurde — wurde die Therapie direkt gegen diese gerichtet und analog der Wundbehandlung mittelst Karbolspray, auch gegen Keuchhusten Karbolsäure-Inhalationen verwendet. 1874 bediente sich Burchard der Inhalation von $1^1/_2$—2 pCt. wässeriger Karbolsäurelösung beim Keuchhusten, während Letzerich schon vorher zu gleichem Zwecke die Inhalation von Chininlösung mit gutem Erfolge benutzt hatte. Burchard empfahl, die Lösung in einem Kessel zu verdampfen und die Dämpfe, 20 Cm. von der Spitze eines Zuleitungsrohres entfernt, während 2—3 Minuten 3 Mal täglich einzuathmen. Auch er rühmt die guten Erfolge dieser seiner Behandlungsweise. 1875 finden wir die Karbolsäure zum innerlichen Gebrauche bei Keuchhusten von Domingos Carlos vorgeschlagen und 1876 nimmt Tschamer eine Mykose der Schleimhaut als ätiologisches Moment für den Keuchhusten an und liegt eine Empfehlung der Karbolsäure-Inhalationen von Lee vor. Ferner werden dieselben in dem Gerhardt'schen Werke über Kinderkrankheiten sowie in dem von Steffen herrührenden Artikel über Tussis convulsiva Ziemssen's grosser Pathologie erwähnt. — Ed. Thorner zu Berlin reiht nun den bereits vorhandenen diesbezüglichen Beobachtungen einige neue an u. z. hat er 16 Fälle von Keuchhusten (darunter sechs schwere) mittelst Karbolsäure-Inhalationen behandelt. Letztere liess er so machen, dass eine wässerige 1—2 proz. Lösung reiner Karbolsäure mittelst eines gewöhnlichen Dampfinhalationsapparates, dessen Gläschen etwa 80 Grm. fasst, zerstäubt wurde. Um die häufige Wiederanfertigung des Medikamentes einigermassen zu beschränken, verordnete er: Acid. carbol. puriss. 20.0, Aq. dest. 1000 und wies die Angehörigen der kleinen Patienten an, die Lösung nach gutem Umschütteln vor dem jedesmaligen Gebrauche entsprechend zu verdünnen. Grössere Kinder athmen die zerstäubte Flüssigkeit etwa einen Meter — diese Entfernung ist absichtlich so gross gewählt, da in grösserer Nähe des Apparates die Bewegung der zerstäubten Theilchen eine zu lebhafte ist, um eine Ableitung durch den Inspirationszug in Luftröhre und Bronchien hinein zu gestatten — von der Spitze des Apparates entfernt, direkt ein und zwar drei Mal täglich, jedes Mal ein Glas voll. Bei kleinen ungelehrigen Kindern oder wenn eine stärkere Reizung des Kehlkopfes und der Bronchien vorhanden war, genügte es, zwei bis drei solcher Gläschen in die Luft eines kleinen Zimmers zu zerstäuben und die Kinder unter Verschluss der Fenster und Thüren etwa 20 Minuten darin zu belassen. Auch diese Procedur wurde des Tages zwei bis drei Mal wiederholt. — Den günstigen Erfolg dieser Behandlungsweise hat Thorner in keinem Falle vermisst, wenn derselbe auch nicht überall mit gleicher Schnelligkeit sich geltend machte. — Was die Krankheitsdauer der einzelnen Fälle (den Anfang von dem Tage an gerechnet, an welchem der spastische Charakter der Anfälle zuerst auffiel) betrifft, so betrug dieselbe in 1 Falle 2 Wochen, in 2 F. $2^1/_2$, in 1 F. 3, in 3 F. 4, in 1 F. $4^1/_2$, in 3 F. 5, in 1 F. $5^1/_2$, in 1 F. $5^3/_4$ und endlich in 2 Fällen 6 Wochen. Verf. konstatirt, dass die Karbolsäure-Inhalationen in seinen 16 Fällen auf den Keuchhusten abkürzend eingewirkt haben, indessen scheine ihnen eine prophylaktische Wirkung nicht zuzukommen. Von Erheblichkeit sei es aber, dass sofort mit ihrer Anwendung begonnen wird, sobald der Eintritt der Erkrankung in das Stadium convulsivum festgestellt ist. Schädliche Folgen der Karbolsäure-Athmung kamen nicht zur Beobachtung und glaubt Thorner, dass nach den mit Karbolspray gemachten Erfahrungen sich die Anwendung noch stärkerer Lösungen, soferne sie nicht direkt eingeathmet werden, rechtfertigen lässt. Dennoch glaubt er empfehlen zu müssen,

man mit schwacher, einprozentiger Lös-
beginne und rasch bis auf 2 pCt., nach
tänden auch noch weiter steige. Bei ge-
r Kontrole des Urins wäre mit dem
el zeitweise auszusetzen, sobald sich die
en Vergiftungs-Erscheinungen zeigen. Eine
isse Konsequenz in der Anwendung des
els, d. h. dessen Gebrauch noch über das
schen des konvulsivischen Stadiums hin-
scheine wünschenswerth. Konstant bleibt
n dem Verschwinden der eigentlichen
chhustensymptome ein leichter Bronchial-
rrh zurück, der übrigens der üblichen
rapie in den Fällen des Verfassers bald
h. Das dritte Stadium des Keuchhustens,
der massenhaften Schleimexpektoration,
Thorner bei der geschilderten Behand-
g nicht eintreten gesehen. Was die Theorie
Einwirkung betrifft, so glaubt derselbe
ehmen zu müssen, dass beim Keuchhusten
sich längere Zeit hindurch in den Luft-
gen immer wieder reproduzirendes Gift
kt, dessen Ansammlung bis zu einem ge-
ssen Grade die Schleimhaut so reizt, dass
zu den bekannten Anfällen kommt. Ausser-
m kann es örtliche Entzündung mit ihren
fahren bedingen. Möglich, dass die Kar-
lsäure der Fortentwicklung dieses Stoffes,
derselbe nun organischer Natur oder nicht,
enso hinderlich ist wie wir dies bei sep-
chen Wundprozessen beobachten. — Ob
r hier mögliche Einwurf, dass das, was
ch bei der einen Keuchhusten-Epidemie be-
ährt hat, in den anderen vielleicht den
ienst versagt, gerechtfertigt ist, kann selbst-
rständlich nur durch fernere Beobachtungen
ntschieden werden. (Arch. f. klin. Med.,
d. XXII, Heft 3 u. 4, 1878.) —

Als „Angio-Sarkome" fasst J. Kolac-
ek alle diejenigen Geschwülste zusammen,
s deren Matrix die Gefässe, sowohl Blut-
s Lymph-Gefässe oder Saftkanälchen nach-
wiesen werden können u. z. sind in den
apillaren oder den Saftkanälen die Endo-
lien, in etwas grösseren Gefässen neben
n Endothelien auch die Adventitialzellen als
sgangspunkte zu betrachten. Dieser Ge-
hwulstgruppe gehört eine ganze Reihe von
ubildungen an, welche bisher sehr ver-
hiedenartig aufgefasst worden sind und als
rebse, Alveolar-Sarkome, Sarcoma carcino-
aticum, Endoteliome, Endotelkarzinome,
lindrome, Siphonome, Schlauchsarkome
s. w. beschrieben wurden. Verf. hat von diesem Gesichtspunkte aus die Geschwulstliteratur einer kritischen Durchmusterung unterzogen und etwa 60 Fälle zusammengestellt, welche mehr minder sicher den Angio-Sarkomen beizuzählen sind, darunter 14 Fälle eigener Beobachtung. Aus dieser Zusammenstellung ergaben sich folgende allgemeine Gesichtspunkte: Die Angio-Sarkome kommen meistens abgekapselt vor, zuweilen aber gehen sie ohne Abgränzung in die Umgebung über. Auf Durchschnitten erkennt man schon makroskopisch den alveolären Bau der Geschwulst, doch ist dieselbe selten in ganzer Ausdehnung gleichmässig, sondern zeigt ein höchst wechselvolles Aussehen, bedingt durch verschiedenen Härtegrad und die verschiedene Färbung benachbarter Partieen sowie durch den sehr reichen Blutgehalt, der sich in zahlreichen und weiten Gefässen, selbst in Blutkysten und Extravasaten zu erkennen gibt. Der Anordnung der Kapillaren entsprechend ist der mikroskopische Bau ein retikulirter oder alveolärer; auch können die längsverlaufenden, durch spärliche Anastomosen mit weiten Maschen verbundenen Zellenstränge besonders auf Querschnitten völlig das Aussehen von Drüsenschläuchen annehmen. Ein solcher Irrthum ist mit Sicherheit nur dann auszuschliessen, wenn noch Blut oder dessen Derivate in diesen Zellensträngen vorhanden sind. Die Grundsubstanz repräsentirt alle Entwicklungsstufen des Bindegewebes, von schleimig-weicher bis zu starr-breitfaseriger Beschaffenheit. Die Neubildung kann zum Theile der Degeneration verfallen, welche Stroma, Gefässe oder Zellen betrifft. — Von besonderem Interesse ist die hyaline Degeneration der Zellenmäntel eines ursprünglichen Gefässgebäudes, wodurch dieselben in verzweigte, sprossenbesetzte, kaktusartige, glasige Formationen umgewandelt werden. Es entsteht dann das Bild, welches zur Aufstellung des Siphonoma, des Cylindroma oder der Schlauchknorpelgeschwulst als einer besonderen Geschwulstspezies Anlass gegeben hat. Ein ferneres Degenerationsprodukt sind konzentrisch geschichtete Zellenhäufchen, welche mit den Perlkugeln der Krebse grosse Aehnlichkeit haben. Verfallen dieselben, wie es gewöhnlich geschieht, der Verkalkung, so geben sie der Neubildung den Charakter des Psammoms. Von den Krebsen aber sind die Angio-Sarkome, trotz der Epitelähnlichkeit mancher Zellen, strenge zu scheiden. — Aetiologisch ist in einzelnen Fällen ein Trauma anzuschuldigen gewesen, doch scheint jede

länger dauernde Hyperämie in einem Gefässgebiete gelegentlich den Ausgang in Angio-Sarkom nehmen zu können. Auffallend ist das häufige Vorkommen am Kopfe, zumal im Bereiche der Orbita. Das Wachsthum ist sehr langsam, auch kommen selten Metastasen vor; doch ist die örtliche Recidivfähigkeit zuweilen sehr gross und die Prognose demnach immer zweifelhaft, selbst die abgekapselten Formen bieten keine Sicherheit gegen das Auftreten von Recidiven. Eine frühzeitige und möglichst ausgedehnte Exstirpation wird desshalb unter allen Umständen rathsam sein. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., IX S. 1 und 165.) —

Nach Analysirung einer Reihe von Scheidengeschwülsten kommt Dr. Ludwig Adolf Neugebauer zu Warschau zu folgenden Schlussbemerkungen: 1) Solide Geschwülste nicht karzinomatöser Natur kommen als selbstständiges Leiden der Scheide nur äusserst selten vor. 2) Ihrer Struktur zufolge sind sie vorzugsweise Fibrome, Myome und Fibromyome, selten reine Sarkome. 3) In der Auswahl ihres Sitzes begünstigen sie keinen Theil der Scheidenwand vorzugsweise. 4) Ihre Entwicklung ist an keine Altersstufe gebunden. Sie finden sich bei ganz kleinen Mädchen, bei Jungfrauen, bei kinderlosen Frauen, am häufigsten aber auf der Höhe des Geschlechtslebens. 5) Ihr Wachsthum ist im Allgemeinen langsam, ihr Gewicht kann aber bis zu 10 Pfund und darüber betragen. 6) Die von ihnen erregten Beschwerden beziehen sich gewöhnlich auf Umfang und Gewicht, indem sie die Harnentleerung stören, oder aber auf Exkoriation und Exulzeration an ihren unteren Theilen nach ihrem Austritte aus der Scheide. 7) Bei bedeutender Grösse wirken diese Geschwülste als Geburtshinderniss. Zwar lassen sie sich in seltenen Fällen über den vorliegenden Kindskopf emporschieben, oft aber tritt die Nothwendigkeit ein, sie vor der Geburt zu exstirpiren. Zuweilen lässt sich der Kopf mit der Zange an ihnen vorbeiführen, andere Male wird dadurch die Geschwulst vor dem Kopfe hergeschoben und abgerissen, es kann aber die Zange sich unzureichend erweisen, wie in einem Falle Virchow's z. B. die forcirten Extraktionsversuche mit Zerreissung der Scheide und Bruch des Schambeinastes endigten. In solchen Falle würde die Embryotomie oder eine andere Entbindungsoperation zu wählen sein. 8) Die Exstirpation ist überhaupt das einzige Heilmittel. 9) Hierzu hat man die Wahl zwischen drei Methoden: man schält die Geschwulst aus ihrer Unterlage aus, oder schneidet sie mit Messer oder Scheere einfach ab, oder operirt mit dem Ekraseur oder der Glühschlinge, je nach Grösse, Gestalt und Basis der Geschwulst. Im Allgemeinen sind grössere Geschwülste mit breiter Basis auszuschälen, kleine gestielte Geschwülste aber abzuschneiden, der Ekraseur oder die Glühschlinge bei gestielten Geschwülsten oder schmälerer Basis anzuwenden. Immerhin ist die Möglichkeit einer starken Blutung im Auge zu behalten, wogegen auch die Glühschlinge oder der Ekraseur nicht immer schützen. 10) So günstig auch gewöhnlich die Resultate der Operation sind, so hat doch die Erfahrung gezeigt, dass ihr Ausgang auch tödtlich sein kann, weshalb immerhin Vorsicht zu brauchen ist, die namentlich bei Schwangeren und Gebärenden am Platze sein muss. (Prag. Vierteljhrschr., Bd. CXXXV S. 59 etc.) —

Angeregt durch die zahlreichen von Dr. Moerloose erlangten Erfolge wandten Vanzetti und Gaetano bei Onyxis das salpetersaure Blei als örtliches Mittel an, modifizirten jedoch die Methode insoferne, als sie, nachdem sie den eingewachsenen Nagel ausgeschnitten hatten, erst einige Tropfen konzentrirter Morphiumlösung aufträufelten und dann das salpetersaure Pulver, welches schmerzhaft wirkt, aufschütteten. In Folge dieser Methode erlangten sie in kurzer Zeit schnelle Heilung und Vernarbung, ohne dass die Operirten irgend welche erhebliche Schmerzen gespürt hatten. In einem Falle, in dem es sich um die Entfernung eines eingewachsenen Nagels bei einem Skrophulösen handelte, verlief die Behandlung nicht ganz so günstig, stellte sich vielmehr eine längere Eiterung ein und bildete sich nachher ein horniger schwarzer hypertrophirter Nagel. (Annales de la Société de méd. de Gand, 1878, 2. Livraison.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

o. 45.

Erlangen, am 9. November 1878.

öchentlich Bogen von Quartseiten. is jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

aalt. Einfluss der Syphilis auf den Verlauf der Kriegsverletzungen. Pemphigus vaginae. Phlegmone granulosa. Die mit Phthisis zusammenhängenden paralytischen Stimmstörungen. Ueber Oligurie. Zur Lehre von der amyloiden Degeneration der Leber und Nieren. Ursache der Hallucinationen. Karbolinjektionen gegen Intercostal- und Lumbal-Neuralgieen. Ueber Kontraktur der Adductoren des Beines. Resektion des Oberschenkelkopfes von vorne her. Kontagiosität der Phthisis.

Dr. Düsterhoff hat in übersichtlicher und eingehender Weise die in der Literatur vorhandenen Angaben namhafter Chirurgen und Syphilidologen über den Einfluss der Syphilis auf den Verlauf der Kriegsverletzungen (im Archiv f. klin. Chirurgie XXII 3, 4 p. 637, 901, 1878) zusammengestellt und an vielen Stellen durch ausführliche Krankheitsgeschichten illustrirt. Wir theilen hier nur die Sätze mit, in welchen er die Ergebnisse dieser seiner beachtenswerthen Arbeit zusammengestellt hat: 1) Die ansteckenden Formen der Syphilis beeinflussen im Allgemeinen den Wundverlauf nicht. 2) Während der ansteckenden Periode der Syphilis können Kontusionen der Körperoberfläche, fortgesetzte Reizung der Wunden u. s. w. Veranlassung werden, dass am Sitze dieser Reizung syphilitische Efflorescenzen zum Vorscheine kommen, ohne dass hierdurch die Heilung der Wunde wesentlich beeinträchtigt wird. 3) Anhaltende Reizung der Wunde, ferner eine unzweckmässige Lebensweise, zu eingreifende antisyphilitische Kuren, schwächende Einflüsse vor und nach der Verwundung und überhaupt eine ungeeignete Behandlung der Wunde sind geeignet, den Heilungsprozess in ungünstigerer Weise zu beeinflussen als die konstitutionelle Syphilis. 4) Es ist bekannt, dass bei primärer Syphilis Wunden, welche in der unmittelbaren Nähe der primären Induration verlaufen, per primam intentionem sich schliessen. (Nach Exzision der Induration heilt nicht selten die hierbei entstandene Wunde per primam intentionem.) 5) Die latente Syphilis in ihren frühzeitigen Formen beeinträchtigt im Allgemeinen den Wundverlauf nicht. — 6) Durch den beschleunigten Stoffwechsel während des Prozesses der Heilung bei schweren Verletzungen wird das Latentbleiben der Syphilis begünstigt. Wenn aber die Vernarbung beendet und der Stoffwechsel nahezu wieder normal geworden ist, so kann die Syphilis am Orte der Verletzung selbst oder an anderen Körpertheilen sich kundgeben. 7) Die latente Syphilis pflegt auch in ihren späteren Formen die Vereinigung der Wunde per primam intentionem nicht zu hindern. 8) Wenn plastische Operationen an solchen Stellen ausgeführt werden, welche der Lieblingssitz syphilitischer Produkte zu sein pflegen, so misslingen dieselben nicht selten, namentlich wenn kurz vor der Operation eine ungenügende antisyphilitische Kur die Syphilis zeitweise in Latenz versetzt hatte. Die letztere zeigt sich dann leicht an der Operationswunde. Es tritt sehr leicht Zerfall der Gewebe in der Wunde ein. 9) Wenn zurückgebliebene Drüsenanschwellungen auf noch bestehende Syphilis schliessen lassen, so ist es gerathen, vor der Operation eine geeignete antisyphilitische Kur vorzunehmen. 10) Die nicht ansteckenden tertiären Formen der Syphilis geben dann ungünstige Heilungsbedingungen, wenn sie progressiv sind. Wenn sie nach passender Behandlung regressiv geworden oder völlig geheilt sind, so wird der Wundverlauf ein völlig günstiger. 11) Chro-

nische Geschwüre bei tertiärer Syphilis werden zuweilen nicht durch die Syphilis, sondern nur durch mechanische Verhältnisse, durch die eigenthümliche Oertlichkeit des Geschwüres bedingte Umstände an ihrer Heilung verhindert. 12) Die Knochensyphilis begünstigt nicht nur die Disposition zu Knochenbrüchen, sondern dieselbe kann auch Verheilung der Knochenenden verzögern oder gänzlich verhindern. 13) Wenn bei den meisten Fällen auch bei ausgebreiteter Knochensyphilis die Verheilung der Knochenbrüche und Schussfraktionen erfolgt und nur bei einer geringeren Zahl von Fällen eine Verheilung der Knochen-Verletzungen nicht zu erfolgen pflegt, so liegt die Ursache dieser Erscheinung theils in den sehr verschiedenen Ausgängen des syphilitischen Prozesses im Knochengewebe, theils in der syphilitischen Diathese selbst. 14) Der Merkurialismus ist fälschlich beschuldigt worden, eine erhöhte Disposition zu Knochenbrüchen zu veranlassen. 15) Wenn eine Quecksilberbehandlung mit der nöthigen Vorsicht durchgeführt wird, so ist bei Syphilitischen die Kallusbildung hierdurch nicht behindert. 16) Ein übermässiger Merkurialgebrauch kann dagegen bei gleichzeitigen Erscheinungen des merkuriellen Marasmus die Kallusbildung verzögern. 17) Bei veralteter Syphilis und zumal bei veralteter Knochensyphilis und bei gleichzeitig erschöpftem Organismus entsteht nach Verletzungen zuweilen eine spezifische Art von Gangrän, welche durch geeignete antisyphilitische Behandlung beseitigt werden kann. 18) Es ist nicht erwiesen, dass, wie von A. Fournier behauptet worden ist, die Syphilis bei Verletzungen zu Blutungen disponire. 19) Die konstitutionelle Syphilis steht bei Verletzungen in keinem Antagonismus, überhaupt in keiner Beziehung zur Pyämie. —

Den Pemphigus vaginae, eine bisher noch nicht beschriebene Krankheitsform, hat Prof. Dr. Ludwig Kleinwächter zu Innsbruck bei einer 30 Jahre alten kräftigen Bäuerin beobachtet, welche seit drei Jahren an sehr häufig — alle 8—14 Tage — recidivirendem Pemphigus litt, der seinen Sitz meist an den Unterschenkeln hatte. Fiebererscheinungen fehlten stets. Für eine spezifische Affektion bestanden keine Anzeigen. Die Patientin war übrigens gut genährt und befand sich im Allgemeinen ganz wohl. Sie war zuerst im 17. Jahre und dann regelmässig bis zum 25. Jahre menstruirt; dann verschwanden in Folge von Chlorose die Regeln und hatten sich seitdem nur zwei Mal gezeigt. An den äusseren Genitalien fand sich nichts Abnormes. Der Hymen war mehrfach eingerissen. Aus der Scheide entleerte sich etwas katarrhalisches Sekret. Der eindringende Finger gelangte im oberen Drittel der Scheide nach Rechts hin in einen etwa 1.5—2 Ctm. langen Blindsack. Nähere Untersuchung ergab, dass dessen linke Wand nur durch eine Verklebung der sich gegenüberliegenden Scheidenwände gebildet war, welche sich leicht lösen liess. Die Spekularuntersuchung zeigte die Scheidenschleimhaut an dieser Stelle ihres Epitels beraubt und leicht blutend. Im Ganzen war die Mukosa glatt, nicht geschwellt, an zahlreichen bis über linsengrossen Stellen exkoriirt, aber nicht blutend; einzelne dieser Stellen zeigten einen dünnen häutigen Beleg, öfter zusammengerollt. Die nackten wunden Stellen secernirten blutiges Serum, die intakten Partieen waren geröthet und sonderten ein katarrhalisches Sekret ab. Die wunden Stellen waren entschieden verschiedenen Alters. Am meisten ergriffen war das obere Dritttheil; die Exkoriationen nahmen nach dem Eingange zu ab und verschwanden an demselben ganz. Die Vaginalportion war jungfräulich, aus ihrem Orificium entleerte sich gelblicher Schleim. Auf der vorderen Lippe, den Muttermund halbkreisförmig umgebend, sassen 6—8stecknadelkopfgrosse Bläschen mit klarem Inhalte; ein Entzündungshof darum war nicht wahrnehmbar. Der Uterus war leicht retroflektirt, liess sich aber gut reponiren. Es wurden adstringirende Injektionen und, um etwaigen Verwachsungen vorzubeugen, Tampons angewendet. Einen Monat später bestanden die Exkoriationen im obersten Theile der Vagina noch, waren aber in der Mitte überhäutet und kupferbraun verfärbt. Eine Verklebung hatte nicht stattgefunden. Einige Bläschen an der Vaginalportion waren geplatzt und stellten kleine Exkoriationen dar. Die vorderen waren schlaffer und enthielten blutige Flüssigkeit. Die Exkoriationen wurden mit Höllenstein geätzt. Nach zwei weiteren Wochen waren dieselben alle geheilt und hatte die Schleimhaut nun ein getigertes Aussehen. Die Bläschen an der Vaginalportion waren geschrumpft, die Exkoriationen geheilt. Zur Beschleunigung der Heilung wurden Betupfungen mit Jodtinktur in Anwendung gebracht. Da die leichten Aetzungen der Patientin Schmerzen gemacht hatten, blieben sie weg. — Klein-

wächter hat den Fall mitgetheilt, um zur Untersuchung der Genitalien bei mit chronischem Pemphigus behafteten Frauen anzuregen. Er wirft ferner die Frage auf, ob nicht auch bei an Pemphigus erkrankten Neugeborenen die Scheidenschleimhaut mit ergriffen sei. Der bestehende Uteruskatarrh liess übrigens vermuthen, dass die Mukosa der Gebärmutter ebenfalls affizirt war. Die Retroflexion glaubt Verf. damit nicht in Zusammenhang bringen zu sollen, sie könnte höchstens Folge der Chlorose und der dadurch bedingten Schlaffheit sein. — Die von Hildebrandt (Monatsschr. f. Geburtskunde u. Frauenkrkh. XXXII p. 128) beschriebene Vaginitis ulcerosa adhaesiva war eine andere Krankheitsform der Scheidenschleimhaut, die zu Adhäsionen geführt hatte, wie sie ja schliesslich auch im obigen Falle hätten eintreten können. Verf. glaubt desswegen, man könne von einem neuen Namen für ein Symptom verschiedener Affektionen absehen. (Prager mediz. Wochenschrift III 6 1878.) —

Waldenström bezeichnet als „Phlegmone granulosa“ eine sich langsam entwickelnde Entzündung des subkutanen und intermuskulären Bindegewebes, bei welcher keine Eiterbildung stattfindet, sondern statt deren ein mit dem gewöhnlichen Granulationsgewebe übereinstimmendes Produkt sich bildet. Bei mikroskopischer Untersuchung des hyperplastischen Bindegewebes, welches makroskopisch graurothe Färbung und halbdurchsichtiges Aussehen darbietet, findet man dasselbe sehr reich an lymphoiden Zellen, welche in eine bald mehr bald weniger gefässreiche und an den meisten Stellen homogene und durchscheinende, nur hier und da deutliche fibrilläre Struktur zeigende und gefässärmere Intercellularsubstanz eingebettet sind. Diese besonders bei Skrophulösen zu beobachtende Form von Phlegmone kommt selten vollständig rein vor, indem sich meist an einzelnen Stellen kleine Eiterherde ausbilden. Vollständig rein sah Waldenström dieselbe in einem genauer von ihm beschriebenen Falle, in der Regio parotidea und am Halse, und zwar von solchen Dimensionen, dass die Bewegung des Kiefers dadurch vollständig unmöglich gemacht wurde. Es sei erwähnt, dass in diesem Falle durch eine mehrere Monate lang fortgesetzte Massage eine Verkleinerung der Geschwulst in dem Maasse erreicht wurde, dass die Kiefer mehrere Centimeter weit von einander entfernt werden konnten. Möglich ist es, auf diese Weise den grössten Theil der Geschwulst zur Aufsaugung zu bringen, soweit noch nicht Bindegewebsfibrillen gebildet sind. — Wie die Phlegmone granulosa zur gewöhnlichen Phlegmone, verhält sich auch die ziemlich selten vorkommende „Acne granulosa“ zur Acne vulgaris. Bei ersterer greift die entzündliche Reizung weiter um sich und produzirt wenig Eiter, dagegen an Stelle desselben eine grössere oder geringere Menge Granulationsgewebe. Nach spontaner oder künstlicher Eröffnung des Abszesses zeigt das neugebildete Gewebe lange Zeit keine Neigung zur Heilung, sondern fährt fort, dünnen Eiter oder eine hier und da mit Eiterzellen gemischte klebrige Flüssigkeit abzusondern. Die Heilung erfolgt erst sehr spät und meist mit dunkler Verfärbung der darüberliegenden Haut und einer hässlichen Einziehung derselben. Eine Beschleunigung der Heilung wird nicht durch Kauterisation, wohl aber durch Auspressen des Inhaltes, wodurch auch Verfärbung der Haut und Narbenbildung verhütet wird, herbeigeführt. — Schliesslich bemerkt Waldenström, dass er bei chronisch-suppurirenden Lymphdrüsen-Entzündungen mit grossem Vortheile das Verfahren der Massage in Anwendung gebracht habe, wodurch es ihm gelungen sei, mehrere Patienten von Fistelgängen am Halse oder in der Achselgrube zu befreien, welche viele Monate und selbst Jahre hindurch offen gewesen waren. (Upsala Läkare-förenings Förhandlingar, 1878, Heft 1 und 3.) —

Die mit Phthisis zusammenhängenden paralytischen Stimmstörungen können im Allgemeinen in solche eingetheilt werden, welche dem Ausbruche der Lungenerkrankung vorhergehen, und in solche, welche sich erst im weiteren Verlaufe derselben entwickeln. Die ersteren, die auch prodromale genannt werden können, äussern sich nach Ziemssen's Beschreibung als eine gewisse Funktionsschwäche des Organs, Klanglosigkeit, Verfall der Stimme bei jeder Anstrengung (Sprechen, Singen), Eintritt von Heiserkeit bei leichter Erkältung, und werden von Gerhardt „Stimmbandatonieen“ genannt. Dieselben gehen Monate, selbst Jahre lang dem Ausbruche der Phthisis voran. Die laryngoskopische Untersuchung gibt oft negative Resultate oder nur, besonders wenn die Individuen längere Zeit gesprochen haben,

Injektion und leichte Schwellung der Processus vocales oder der Schleimhaut vor und über den Aryknorpeln. Manchmal lässt sich nur eine hochgradige anämische Beschaffenheit der Schleimhaut feststellen, manchmal eine geringe Motilitätsanomalie, trägere Beweglichkeit oder mangelhafter Schluss der Stimmbänder, also im Ganzen Erscheinungen von so geringfügiger Natur, dass sie nur Bedeutung durch eine hereditäre phthisische Anlage des Betreffenden erhalten. Am schwersten zu beurtheilen sind jene Fälle, in welchen scheinbar ganz gesunde Personen (besonders Lehrer, Prediger, Sänger) die in Rede stehende Stimmbandanomalie erkennen lassen. Nicht selten entpuppt sich eine derartige, der Ueberanstrengung im Berufe zugeschriebene Stimmbandatonie durch den plötzlichen Eintritt einer Hämoptoe oder kolliquativer Schweisse als ein Symptom der bisher latent verlaufenen Lungenaffektion. Ob bei nicht hereditär belasteten Individuen diese Stimmbandatonie als Vorläufer der Phthise aufzufassen ist oder nicht, ist schwer zu entscheiden, jedoch von grosser Wichtigkeit. Sichere Anhaltspunkte gibt es nicht. Die grosse Hartnäckigkeit der Affektion ist auch bei nicht phthisischen Atonieen der Stimmbänder (besonders der Sänger, Schauspieler u. s. w.) vorhanden. — Die bei offenkundiger Phthise vorkommenden Lähmungen zerfallen wieder in solche, bei welchen gleichzeitig eine Schleimhautaffektion vorhanden ist, und in solche mit intakter Schleimhaut. Die häufigste Quelle der mit Schleimhauterkrankung verbundenen paralytischen Stimmstörungen sind Katarrhe und Geschwüre. Trotzdem dass eine katarrhalische Schwellung der Kehlkopfschleimhaut die Stimmbänder weniger schwingungsfähig macht und Heiserkeit hervorrufen kann, so ist doch sehr oft weniger der recht unbedeutende Katarrh als eine gleichzeitige Paralyse der Kehlkopfmuskulatur in Folge seröser Durchtränkung der Muskelfasern als Ursache der Stimmstörung zu bezeichnen. Die Lähmung ist dann immer doppelseitig und betrifft am häufigsten die Schliesser und Spanner. Die Glottis klafft bei der Phonation in diesen Fällen knopflochartig, während sie bei katarrhalischer Stimmstörung dreieckig ist. Obwohl auch einseitige Lähmung vorkommen kann, so sind doch derartige Fälle meist die Folge eines mechanischen Hindernisses, wie z. B. der hochgradigen Schwellung eines Aryknorpels u. s. w. — Bei Geschwüren ist die Lokalität derselben von grossem Einflusse auf die Form der Lähmung. Geschwüre der Hinterwand führen sehr gerne zu Funktionsunfähigkeit des M. arytaenoideus transversus; Geschwüre am Processus vocalis zu Immobilität des Stimmbandes durch Zerstörung des Ansatzpunktes des M. thyreoarytaenoideus. — Lähmungen der Glottisöffner sind bei Phthisikern sehr selten. Einen Fall von halbseitiger Lähmung dieses Muskels hat Schech veröffentlicht. Durch eine Perichondritis war hier der Processus muscularis von der Sehne des ganz mit Tuberkelmassen durchsetzten M. crico-arytaenoideus posticus losgetrennt. Doppelseitige Lähmung der Oeffner scheint bei Phthisis am allerseltensten zu sein. Riegel theilt einen Fall mit, in welchem sich bei einem wegen Dyspnoe tracheotomirten 58 Jahre alten Manne nach dem Tode neben einem Geschwüre am linken Stimmbande eine hochgradige Degeneration beider M. crico-arytaenoidei postici fand, während die NN. vagi und recurrentes gesund waren. — Die Lähmungen mit intakter Schleimhaut des Kehlkopfes bei Phthisikern sind einseitig und doppelseitig. Gleichwie bei den Glottisparalysen bei Chlorose kann man auch bei denen von Tuberkulose eine Anomalie des Blutes als Ursache annehmen, besonders die Verarmung des Blutes an rothen Blutkörperchen mit besonders mangelhafter Ernährung des Gehirns und der von ihm ausgehenden Kehlkopfnerven. Ferner kann diese funktionelle Stimmstörung auch auf reflektorischem Wege durch Reizung peripherer Vagusfasern, sei es in dem infiltrirten Lungengewebe oder, was wahrscheinlicher ist, auf der Oberfläche der fast stets affizirten sehr empfindlichen Pleura zu Stande kommen. Gerhardt's Veröffentlichungen geben über das Entstehen derartiger Reflexlähmungen schon durch geringe Reize, wie z. B. Rachenpolypen, Aufschluss. — Diese funktionellen Lähmungen bei Phthisikern betreffen am häufigsten wieder die Spanner, dann die sämmtlichen Schliesser oder die Muskeln der Hinterwand. Sensibilitätsstörungen, wie Hyperästhesie der Schleimhaut oder sämmtlicher Weichtheile und Knorpel des Kehlkopfes, sind nicht selten dabei vorhanden. Diese Hyperästhesieen können bei funktionellen Störungen oft recht leicht anatomische Störungen im Kehlkopfe vortäuschen und nur eine genaue Spiegeluntersuchung wird die Abwesenheit der letzteren feststellen. Diese funktionellen oder Reflexlähmungen der Phthisiker sind ferner, wie jene der Hysterischen, in der

egel beiden Stromesarten und Applikations-
eisen zugänglich, doch gewöhnlich nur für
tunden oder Tage, selten für längere Zeit. —
eltener als die geschilderten Lähmungen sind
ie durch Druck (von frischen pleuritischen
Exsudaten, Schwielen, entarteten Bronchial-
rüsen) auf den N. recurrens verursachten
Paralysen der Phthisiker. Käsige Infiltration
er Lungenspitzen allein ohne gleichzeitige
Pleuritis kann, wie Mandl annehmen möchte,
inen derartigen Druck nicht ausüben, da bei
krupösen Pneumonieen des Oberlappens Re-
kurrensparalysen auch nicht beobachtet wur-
den. Nach Mandl's statistischer Zusammen-
stellung waren von 52 Tuberkulösen mit
alleiniger Erkrankung der rechten Lungen-
spitze 50 heiser, von 32 mit Erkrankung der
linken nur einer. Diese Beobachtungen stam-
men aber aus vorlaryngoskopischer Zeit und
die Fälle können desshalb als paralytische
Stimmbandstörungen nicht angesprochen wer-
den. Nach Gerhardt kommen überhaupt
höchstens auf 12 Fälle von Geschwürsbildung
bei Phthisikern einer von Stimmbandlähmung
und nach den Beobachtungen von Ziemssen
ist auch dieses Verhältniss noch zu hoch.
Die durch Leitungsstörung bedingten einsei-
tigen Stimmbandlähmungen sind meist rechts-
seitige, wahrscheinlich weil die rechte Lun-
genspitze beziehungsweise Pleura häufiger er-
krankt ist. Schrötter's Beobachtungen be-
weisen aber auch die nicht seltene linksseitige
Erkrankung. Bei dreien seiner Fälle konnte
ein pleuritisches Exsudat als Ursache der
Lähmung aufgefunden werden, in vier ande-
ren Fällen blieb es unentschieden, ob eine
pleuritische Schwarte, oder geschwellte Bron-
chialdrüse, oder das Vordringen der Tuber-
kulose an die Pleura der Paralyse zu Grunde
lag. — Am seltensten ist die doppelseitige
Rekurrenslähmung. Ausser einer hierherge-
hörigen Mittheilung Gerhardt's liegt noch
ein von Dr. Ludwig Brieger beobachteter
Fall vor und sind in allerjüngster Zeit zwei
seltene Fälle von doppelseitiger Rekurrens-
lähmung von Karl Kittler im bayer. ärztl.
Intell.-Bl. XXV 1878 Nr. 22 veröffentlicht
worden. —

Einem Vortrage des Professor Fabre zu
Marseille über Oligurie entnehmen wir
nach der Gaz. des Hôp. 1878 Nr. 91 u. 92
die folgenden Angaben: „Die von einem er-
wachsenen gesunden Menschen innerhalb 24
Stunden entleerte Harnmenge beträgt bekannt-
lich 1300 Grm. im Durchschnitte — ein
Quantum welches indessen mancherlei Um-
stände wesentlich zu modifiziren vermögen,
ohne dass desshalb die Gränzen der Norm
überschritten zu sein brauchen. Dagegen
kommen pathologische Zustände in Frage,
wenn diese Ziffer während längerer Zeit be-
deutend höher hinauf- (Polyurie) oder bedeu-
tend tiefer herabsteigt (Oligurie). Beide Zei-
chen, sehr verschiedenen Krankheiten ange-
hörend, unterscheiden sich, abgesehen von
ihrem eigentlichen Wesen, dadurch von ein-
ander, dass jenes ungefähr fünfmal seltener
beobachtet wird als dieses. Unter den dieses
letztere Symptom bedingenden Leiden sind in
erster Reihe Nierenkongestionen zu nennen,
wesshalb, da dieselben besonders häufig Moli-
mina menstrualia hervorzurufen pflegen, Frauen
nicht selten mit diesem Folgeübel behaftet
sind, sowie parenchymatöse Nephritis, beson-
ders wenn dieselbe dem Scharlach ihre Ent-
stehung verdankt, in welchem Falle dann die
Oligurie oft bis fast zur Anurie sich steigert
— ein Phänomen, das insoferne einen grossen
prognostischen Werth hat, als es unter diesen
Verhältnissen den Eintritt der bekannten
schlimmen Folgezustände, unter welchen Ge-
hirnerscheinungen und Entzündung innerer
Organe obenan stehen, in nahe Aussicht
stellt. — Mit Ausnahme von Cirrhose und
Karzinom machen sich die Leberkrankheiten
nach der fraglichen Richtung hin nicht gel-
tend, ja sie waren sogar einige Male (Abs-
zess und Gelbsucht) die Ursache einer abnorm
vermehrten Nierensekretion. — Anders ver-
hält es sich mit den Krankheiten, welche
unter Fieber verlaufen, das im Gegensatze zu
der Dyspnoe und zum Asthma, bei welchen
sehr reichliche Mengen Urines produzirt wer-
den, die Menge dieses letzteren stets mehr
oder weniger weit unter die Norm herabsetzt.
Nur Febris recurrens soll nach Murchison
eine vermehrte Diurese im Gefolge haben,
während beim Wechselfieber die 24stündige
Harnmenge bald nur 120 Grm., bald 3000 Grm.
beträgt. Von den Herzkrankheiten sind es
Fehler der zweizipfeligen Klappe und Herz-
schwäche, welche in Folge der verminderten
Spannung im Gefässsysteme sich in der frag-
lichen Weise äussern. — Was die Affektionen
des Centralnervensystemes betrifft, so sind
dieselben wohl von Polyurie und Incontinentia
und Retentio urinae, nicht aber von Oligurie
begleitet. Nur bei der Hysterie ist die Diu-
rese bisweilen wesentlich vermindert, worauf
namentlich Laycock und Charcot auf-

merksam gemacht haben. Endlich verdient noch als Konsequenz einer krankhaft verminderten Urinausscheidung die Einverleibung von Belladonna, Mineralsäuren und Bleipräparaten erwähnt zu werden. —

Beobachtungen über die amyloide Degeneration der Leber veröffentlicht A. Boettcher in Virchow's Archiv Bd. 72 S. 506. Gegenüber der Angabe einiger Autoren, namentlich A. Wagner's, dass bei der amyloiden Entartung die Leberzellen sich entweder intakt verhielten oder durch Druck der amyloiden Kapillaren atrophisch untergingen, nicht aber an der amyloiden Veränderung selbst Antheil nähmen, führt Verf. den Nachweis, dass die Zellen eben so amyloid entarten wie die Gefässe. Er benutzte vorwiegend die Jod-Schwefelsäure-Reaktion, welche er der Anilinfärbung für etwas zweifelhafte Fälle vorzog, da die Uebergänge vom Roth in's Blau beim Anilin zu viele unsichere Mittelnuancen ergeben. Die Lebern wurden vorher meist gehärtet, dann mit Jod und konzentrirter Schwefelsäure behandelt. Boettcher fand nicht nur Amyloid der Leberzellen neben amyloiden Kapillaren, er traf auch Stellen an, welche starke Amyloidveränderung der Zellen darboten bei völlig unverändertem Kapillarnetze. Wo er je das Zugrundegehen der Leberzellen wahrnahm, war diese Erscheinung auf Druckwirkung nicht seitens amyloider, sondern einfach erweiterter Kapillaren zurückzuführen. — Zum Schlusse fügt er einen Fall von Lebersyphilis an mit starker Lappung und Narben sowie mit Thrombose eines grossen Pfortaderastes, welcher Fall dadurch bemerkenswerth ist, dass frische Präparate des Organes mit Jod und konzentrirter Schwefelsäure deutliche Amyloidreaktion gaben, während diese in gehärteten Objekten ausblieb. Welcher Art und Beschaffenheit der fragliche chemische Körper ist, welcher durch die Alkoholwirkung derart verändert wurde, muss vorläufig noch unentschieden bleiben. — — Hieran reihen wir „Beiträge zur Lehre von der amyloiden Degeneration der Nieren", aus der Klinik des Prof. Frerichs veröffentlicht von M. Litten in der Berliner klin. Wochenschrift 1878 Nr. 22. Letzterer theilt mehrere Beobachtungen mit, in welchen neben anderen Organen die Nieren in erheblicher amyloider Entartung gefunden wurden, obgleich die zum Theile längere Zeit fortgesetzte Untersuchung des Urins während des Lebens niemals Eiweiss hatte entdecken lassen. Die genaue Untersuchung der Nieren in solchen Fällen ergab das Fehlen jeder entzündlichen Affektion, wie sie sonst so häufig neben Amyloidentartung in den Nieren getroffen wird, und eine nur in Verfettung bestehende Veränderung der Epitelien. Mit Rücksicht nun auf anderweitige Beobachtungen, in welchen bei reiner Amyloidentartung der Gefässe dennoch Eiweiss im Urine gefunden wurde, muss man schliessen, dass zwar bei der blossen Gefässentartung Eiweiss in den Harn übertreten kann, aber nicht nothwendig muss. Insbesondere scheint nach den Ergebnissen in jenen Fällen Albuminurie fehlen zu können, wenn von den Kapillaren der Nieren ausschliesslich oder überwiegend die interstitiellen ergriffen sind, die Knäuelgefässe dagegen wenig oder gar nicht. — Injektionen amyloid entarteter Nieren zeigten, dass allerdings am häufigsten die Knäuelgefässe am meisten erkrankt sind, indess ist nicht zuzugeben, dass sie stets zuerst erkranken, da zuweilen die Entartung in den interstitiellen Kapillaren an In- und Extensität weit überwog. Litten konnte sich auch überzeugen, dass die Entartung der arteriellen Stämmchen keineswegs immer, wie gewöhnlich angenommen wird, von der Muskularis ausgeht, sondern auch von der Intima oder seltener auch von der Adventitia. Durch die Entartung entsteht eine, übrigens nicht gleichmässige, sondern oft nur streckenweise ausgesprochene Verengerung des Gefässlumens, eine Folge der ungleichmässigen Entartung der Muskelhaut, welche spindelartige Anschwellungen bildet. Nicht selten greift die Entartung über die Adventitia hinaus noch in das benachbarte Bindegewebe über, welches durch zellige Infiltration zugleich verdickt ist, indessen konnten trotz dieser perivaskulären Entartung die Gefässe doch immer injizirt werden, waren also nicht komprimirt, woraus Verfasser schliesst, dass stets die Entartung der Gefässe das Primäre ist und von diesen erst nach aussen hin sich fortsetzt. An der Entartung der Knäuel nehmen zuweilen auch deren Kapseln Theil. —

Wenn nach der Entstehungsursache der Hallucinationen gefragt wird, so kann es sich nach Stricker nur darum handeln, ob jene Nervenapparate, welche die Vorstellungen vermitteln, allein die Hallucinationen bedingen oder ob die peripheren Nerven mit-

elfen müssen. Erwachsene Blinde eines linden-Institutes gaben ihm an, dass die orstellungen von Farben und Gestalten in en Träumen noch eine Reihe von Jahren 10—20) nach dem völligen Erblinden fortauern, dann allmählig Hör- und Tast-Vorellungen überwiegen und endlich alle Gechtsträume erlöschen, obwohl die Erinnerng an das in der Kindheit Gesehene noch rhalten sein kann. Dies weist darauf hin, ass jener Theil der centralen Sinnesorgane, elcher die Erinnerung vermittelt, allein nicht enügend ist, um Hallucinationen auszulösen. Es muss jedenfalls zu den Erinnerungsbildern noch etwas hinzutreten, um sie zur Hallucination zu machen. Man darf vermuthen, dass dies die bekanntlich bis an's Chiasma aufsteigende Atrophie der Optici ist. — Weiterhin lehrt die Erfahrung, dass gesunde Menschen (auch der Verfasser) vor dem Einschlafen hallucciniren, zu einer Zeit also, in welcher die Hirnfunktionen zur Ruhe kommen und die Entstehung lebhafter Erinnerungsbilder unwahrscheinlich ist. Die Träume treten ferner im Schlafe auf, während dessen eine verminderte Erregbarkeit des Gehirns angenommen werden muss. Auch die Hallucinationen der Tobsüchtigen gesellen sich zu einer Depression des Bewusstseins. Stricker folgert, dass das Zustandekommen der Hallucinationen eine Mitwirkung der Sinnesnerven erfordert. Nun unterscheidet sich die Hallucination von der realen Wahrnehmung gerade dadurch, dass bei dieser die peripheren Enden der Sinnesnerven durch Reize von der Aussenwelt erregt werden. Durch denselben Erregungsvorgang, aber durch innere Reize bewirkt, erlangen die Hallucinationen Geisteskranker den vollen Eindruck der Objektivität. (Wiener med. Blätter, 1878, Nr. 4—6.) —

Folgende zwei Fälle von Heilung einer Neuralgia intercostalis und N. lumbalis durch Karbolinjektionen beschreibt (im mediz.-chir. Centralblatt, 1878, Nr. 35) M. Pollak zu Wien: Bei der im Rudolfsspitale befindlichen Wärterin K. bestanden seit acht Tagen permanente Schmerzen in der rechten Brustseite, die sich des Abends zu unerträglicher Höhe steigerten, Schlaflosigkeit und schlechtes Aussehen verursachten. Chinidin mit Morphium brachte mehrmals Erleichterung, liess jedoch später ganz im Stiche, ebenso nutzten Senfteige und Dunstumschläge sehr wenig. Die schmerzhaften Punkte waren unterhalb der Mamma im 5. und 6. Zwischenrippenraume und an der Wirbelsäule; bei leichtem Drucke war der Schmerz viel heftiger wie bei starkem. — 31. August 1877. Abends starke Schmerzen. Auf 2 Karbolinjektionen einer 2proz. Lösung mittelst der Pravaz'schen Spritze an den schmerzhaften Stellen schwanden die Schmerzen nach einer Stunde und trat Schlaf ein. — 1. September. Abends wird die Einspritzung wiederholt u. z. mit gleichem Effekte. Nachdem die Injektionen wegen leichter Schmerzanfälle noch mehrmals wiederholt wurden, blieb die Patientin vom 6. September an vollkommen schmerzfrei und gesund. — Einen noch besseren Erfolg hatten Karboleinspritzungen bei einer 20jährigen Magd, die angeblich in Folge anstrengenden Hebens seit 6 Tagen an heftigen stechenden Schmerzen der Lendengegend litt, welche sie von jeder Bewegung abhielten. Die linke Lendengegend war auch bei Druck sehr schmerzhaft. Auf 2 Spritzen einer 2proz. Karbollösung trat nach ungefähr 3 Stunden Nachlass des Schmerzes und Schlaf ein. Die Schmerzen traten nur noch ein Mal wieder auf und verschwanden nach wiederholter Injektion für die Dauer, so dass Patientin nach 6 Tagen geheilt entlassen werden konnte. —

Es gibt eine Anzahl von Fällen, in welchen man auf den ersten Anblick eine Koxitis vermuthet, doch bei genauerer Untersuchung das Gelenk frei findet. Das einzige Krankhafte besteht in einer Kontraktur der Adduktoren des Beines, so dass von den passiven Bewegungen nur die Abduktion erheblich beeinträchtigt ist. Die Affektion scheint nicht allzu selten zu sein, wenigstens sah Verneuil in den letzten Jahren, seit er seine Aufmerksamkeit darauf richtete, zwölf solche Fälle. Meist sind beide Seiten erkrankt, doch sah er auch zwei Fälle, in welchen nur die eine Seite befallen war. — Bei symmetrischer Erkrankung stehen die Patienten mit leicht flektirten Oberschenkeln und Knieen, das Becken ist stärker geneigt, die Lendenwirbelsäule zeigt kompensatorische Lordose, die Fussspitzen sind einwärts gewendet, beim Gehen werden nur kurze Schritte gemacht. Wenn der Kranke liegt und man vorsichtig passive Bewegungen macht, so findet man auch eine geringe Abduktion ausführbar, doch kommt man hierbei sehr bald an die Gränze, die Adduktoren kontrahiren sich und

springen vor; wendet man mehr Kraft an, so werden sie auch schmerzhaft. Es ist somit keine eigentliche Kontraktur, sondern vielmehr Unnachgibigkeit und Empfindlichkeit der Adduktoren vorhanden. — Die Gegend des Hüftgelenkes ist nie schmerzhaft, auch sind alle Bewegungen ausser der Abduktion leicht und ohne Schmerz ausführbar. Die Mehrzahl der Fälle bietet keine bedeutenden diagnostischen Schwierigkeiten, nur in den Fällen von einseitiger Erkrankung ist das Krankheitsbild nicht ganz klar. — Das Alter der Kranken schwankte zwischen drei und vierzehn Jahren, nur in einem Falle betrug es 30 Jahre. Die Prognose scheint eine günstige zu sein, die Anwendung der Massage und der Hydrotherapie erwies sich als nützlich; mässiger Gebrauch der unteren Extremitäten unterstützte die Kur. — Verneuil ist geneigt, eine rheumatische Affektion der Adduktoren anzunehmen und hält einen centralen Ursprung des Leidens für unwahrscheinlich. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1878, Nr. 40.) —

Schede stellte beim 7. Kongresse der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zwei Kranke vor und berichtete über einen dritten, bei welchem er die Resektion des Oberschenkelkopfes von vorne her ausgeführt hatte. In allen diesen Fällen war der Trochanter erhalten worden, auf welchen Umstand er besonderes Gewicht legt, da manche Chirurgen, unter diesen namentlich Volkmann, die Wegnahme des grossen Trochanter für wesentlich halten, hauptsächlich aus dem Grunde, weil der Trochanter verhindere, dass der Oberschenkel nachträglich eine gute Stütze am Becken finde. Dies gilt jedoch nur für jene Fälle, in welchen nebst dem Schenkelkopf auch der Schenkelhals entfernt werden muss, und für solche Fälle bevorzugt auch Schede den hinteren Längsschnitt; doch auch da begnügt er sich, die Spitze des Trochanter mit wegzunehmen. — Bei zwei so Operirten gelang es sehr gut, durch Extension in abduzirter Stellung des Beines den Trochanter der Pfanne gegenüber zu stellen und durch ein neben demselben eingeführtes Drainrohr den Sekretabfluss zu sichern. Es ist somit auch bei theilweiser Erhaltung des Trochanter ein gutes funktionelles Resultat zu erwarten, ja ein besseres als nach W[illegible] nahme des ganzen Trochanter, wegen geringeren Verkürzung der Extremität. von Schede nach blosser Decapitation Femur erzielten funktionellen Erfolge vorzüglich, der eine seit längerer Zeit heilte Patient konnte alle normalen Bew[illegible] ungen mit seinem operirten Beine, nur geringerer Kraft, ausführen, sogar auf d[illegible] Fusse der operirten Seite allein stehend herhüpfen. — Bei der Nachbehandlung ist Erhaltung der Abduktionsstellung durch lä[illegible] gere Zeit nothwendig. Verfasser verlänge[illegible] darum die gesunde Extremität durch ei[illegible] hohle Sohle, um auch beim Gehen die A[illegible] duktionsstellung zu erzwingen. Das opera[illegible] Bein bekommt einen Schienenapparat m[illegible] Stütze für den Tuber ischii. — Auch Hueter, Petersen und Schmuler berichteten üb[illegible] gute funktionelle Erfolge, welche von ihne[illegible] durch Resektion des Oberschenkelkopfes allein erzielt wurden. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medisin, 1878, Nr. 20.) —

Gegenüber den Anschauungen von W. Budd über die Kontagiosität der Phthisis gelangte Payne Cotton zu folgenden Ergebnissen: 1) Die Phthisis ist eine konstitutionelle, entweder vererbte oder erworbene Krankheit, die keineswegs von einer Person auf die andere durch Ansteckung wie andere kontagiöse Krankheiten mitgetheilt werden kann. 2) Der Tuberkel ist das Produkt dieser Krankheit. 3) Es kann Jemand schon phthisisch sein, bevor Tuberkel in der Lunge oder in einem anderen Organe sich zeigen. 4) Wenn auch der Tuberkel impfbar ist, so kann die Tuberkulose dennoch nicht als kontagiös betrachtet werden. — Als Beleg für seine Behauptung führt Verfasser die Statistik im Brompton Hospital für Phthisiker vom Jahre 1846 bis 1867 an. In diesem Zeitraume wurden daselbst 15,262 klinisch und 102,36[illegible] poliklinisch behandelt. Vom ganzen ärztlichen Personale, ferner von Predigern, Wärtern und Wärterinnen blieben alle gesund, selbst diejenigen, welche viele Jahre hindurch mit den Kranken in nähere Berührung gekommen waren, so dass es nicht gerechtfertigt ist, nach Budd die Spitäler für Schwindsüchtige „Pesthäuser“ zu nennen. (The London med. Record, 1878, Nr. 37.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 46. *Erlangen*, am 16. November 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Syphilisimpfung bei Thieren und Natur des syphilitischen Kontagiums. Ueber Menstruation. Elastische Blutstillungsbinde. Ueber Darmverschliessungen. Formen der progressiven Paralyse. Zur Behandlung von Epitelialkrebsen der Gesichtshaut und der Lippen. Ueber interstitielle Nephritis.

Auf der 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Kassel — Sektion für innere Medizin — sprach Prof. Dr. Klebs aus Prag Nachfolgendes „über Syphilis-Impfung bei Thieren und über die Natur des syphilitischen Kontagiums“: „Meine Herren! Ich glaube nicht zu weit zu gehen in der Definition des gegenwärtigen Standes der Infektionsfrage, wenn ich sage, dass es wohl ziemlich allgemein angenommen ist, dass pilzliche Elemente die Ursache dieser Krankheitsprozesse seien. Dagegen ist nicht zu läugnen, dass auch unter den Anhängern dieser Lehre noch grosse Differenzen bestehen u. z. sind es vorzugsweise zwei Gruppen, welche sich schärfer von den übrigen differenten Anschauungen abheben. Die eine derselben, vertreten durch Nägeli und zum Theile durch Hueter, nimmt an, dass die Krankheitspilze sämmtlich einer und derselben botanischen Art angehören und durch Anpassung die verschiedenen Krankheitsformen erzeugen, während die andere, welche man die Spezialisten nennen kann und zu denen ich mich ebenfalls rechnen muss, annimmt, dass die besonderen Krankheitsprozesse stets durch besondere spezifische Organismen hervorgerufen werden. Ich kann die Differenz zwischen diesen beiden Anschauungen für keine unlösbare halten, sondern bin der Ueberzeugung, dass dieselbe in kurzer Zeit ausgeglichen werden wird, indem von beiden Parteien zugegeben werden muss, dass die unläugbar verschiedene Wirkungsweise dieser Organismen irgend einmal in einer früheren oder späteren Periode entstanden sein muss — Perioden, welche allerdings weit aus einander liegen mögen, aber vielleicht im engsten Zusammenhange mit dem geschichtlich beglaubigten Auftreten ganz neuer, bis dahin völlig unbekannter Krankheitsprozesse stehen. Zur Entscheidung in dieser Frage wird die Untersuchung solcher Krankheiten ganz besonders günstig sein, deren Ansteckungsfähigkeit einerseits und deren spezifische Natur andererseits absolut nicht in Frage gestellt werden kann. In erster Linie gehört hierher die Syphilis. Ich erlaube mir daher, die Resultate von Impfversuchen mit dem syphilitischen Krankheitsstoffe vorzulegen, indem ich gleich bemerke, dass dieselben darauf gerichtet sind, nicht allein die Frage zu erörtern, ob und welche Thiere der syphilitischen Infektion zugänglich sind, sondern die ganz vorzugsweise das Material liefern sollen, um im richtigen Zeitpunkte die Natur des syphilitischen Giftes zu ergründen, was wir ja bei der mangelhaften Untersuchung, die wir am menschlichen Körper vornehmen können, an diesem letzteren Objekte nur in unvollkommener Weise erreichen können. — Die Methode, welche ich anwandte, ist dieselbe, welche ich für zahlreiche Infektionskrankheiten seit meinen ersten Arbeiten über die septische Infektion mit Vorbedacht gewählt habe. Sie besteht darin, dass nicht bloss durch die Uebertragung von körperlichen Theilen des kranken Organismus ver-

sucht wird, in einem zweiten Organismus die gleichen Krankheitserscheinungen hervorzurufen, sondern dass auch pilzliche Organismen, welche aus solchen Theilen sich entwickeln können, ihrerseits übertragen dieselben Erscheinungen hervorrufen. Lassen sich die letzteren vollständig frei von der Körpersubstanz des ursprünglichen Krankheitsobjektes gewinnen, so ist damit der Beweis geliefert, dass diese Pilze allein und nicht die anderen Bestandtheile des kranken Körpers, Zellen, Gewebsflüssigkeiten etc. die Ursache des Krankheitsprozesses seien. — Was die Untersuchung des Impfmateriales betrifft, so will ich hervorheben, dass ich ausschliesslich frisch exstirpirte Hunter'sche Knoten und primäre indurirte Geschwüre angewendet habe, bei deren mikroskopischer Untersuchung ich den konstanten Befund hatte, dass in den Gewebsflüssigkeiten ausser mehr oder weniger zahlreichen Rundzellen sich zahlreiche langsam bewegliche Stäbchen von 2—5 μ Länge vorfanden. Kulturversuche, welche mit derartigen Stücken auf Hausenblasengallerte angestellt wurden nach einer früher von mir ausführlich geschilderten Methode, liessen nach wenigen Tagen die Entstehung von ringförmig um das Gewebestück sich entwickelnden Pilzrasen erkennen u. z. in der Form von Stäbchen, welche zuerst lebhaft beweglich waren, dann sich zu Ballen zusammenordneten, welche von länglich-ovaler Gestalt, von den vielfach durch einander geflochtenen Stäbchen gebildet wurden — eine Form, welche ich noch bei keiner anderen meiner zahlreichen Pilzkulturen beobachtet habe. Die Impfung von Thieren, welche ich seit etwa drei Jahren geübt habe, ergab nun entscheidende Resultate nur bei Affen, indem nur bei diesen die gleichen Formen pathologischer Entwicklungen auftreten, wie wir sie an syphilitisch infizirten Menschen kennen. Ich theile hier nur einige wenige, besonders schlagende Fälle mit, die weiteren, weniger gelungenen Versuche einer ausführlichen Publikation vorbehaltend. Der erste gelungene Versuch bei einem Affen wurde am 8. Juli 1875 angestellt; es erhielt das Thier, welches schon längere Zeit in meinem Besitze und stets vollkommen gesund war, an zwei Stellen seiner Körperoberfläche subkutan geringe Mengen aus einer der oben erwähnten Kulturen injizirt. Dieses Thier bekam ungefähr Mitte August des gleichen Jahres umschriebene Anschwellungen in der Mundhöhle, namentlich am Zahnfleische und an der Zunge, aus denen sich unreine Geschwüre entwickelten, die zum Theile durch ihren gelben Beleg, die Induration der Umgebung und die scharf abgeschnittenen Ränder vollkommen mit syphilitischen Geschwüren übereinstimmten. Ganz gleiche Formen hatte ich zufällig Gelegenheit, zu gleicher Zeit an einem Falle von hereditärer Syphilis an der Zunge zu beobachten. Ihre charakteristische Beschaffenheit wurde von dem erfahrenen Syphilidologen Prof. Dr. J. Pick, meinem werthen Collegen, vollständig anerkannt. Die Untersuchung des Thieres, welches am 1. September 1878 durch Blausäure getödtet wurde, ergab ausgedehnte käsige Einlagerungen zwischen harter Hirnhaut und Schädeldach von derselben derben Beschaffenheit, wie sie die bei dem Menschen am gleichen Orte vorkommenden Syphilome darbieten. Die mikroskopische Untersuchung ergab ausser zahlreichen Spindelzellen, welche für diese Geschwülste vorzüglich charakteristisch sind, eine grosse Menge von Stäbchen- und Faden-Bildungen, ganz analog denjenigen Formen, welche in den Kulturapparaten sich entwickelt hatten. Ferner fand sich eine Lungenaffektion, die in der Bildung ausgedehnter theils käsiger, theils bindegewebiger Infiltrationen bestand, mit reichlichen bindegewebigen schrumpfenden Auflagerungen auf den Pleuren, endlich mehrere erbsengrosse Knoten in den Nieren von derselben theils käsigen theils fibrösen Beschaffenheit, wie in den übrigen erkrankten Stellen. — Es lässt sich nun wohl nicht läugnen, dass hier eine gewisse Aehnlichkeit mit gewissen tuberkulösen Bildungen vorhanden wäre, und würde ich, wenn nicht weitere Fälle vorlägen, wohl kaum in der Lage sein zu behaupten, dass es sich hier um syphilitische Neubildungen handelte, zumal da auch in einzelnen Organen, namentlich in der Leber, kleine Zellenanhäufungen vorhanden waren, die mit den ächten miliaren Tuberkeln in ihrer histologischen Zusammensetzung völlig übereinstimmten. Andererseits war aber auch nicht zu verkennen, dass grosse Differenzen gegenüber der Tuberkulose bestanden, und möchte ich namentlich die reichliche Spindelzellenbildung, welche sich in der harten Hirnhaut und in den Knoten der Nieren und Lungen vorfand, als nicht eigenthümlich der Tuberkulose hervorheben. — Die entscheidende Aufklärung über diese Verhältnisse lieferte indessen ein zweiter Fall, bei welchem eine längere Zeit in meinem Besitze befindliche und vollständig gesunde

effin direkt mit Theilen eines frisch exstirten Hunter'schen Knotens subkutan gepft wurde, am 29. Dezember 1877. Es blieb de Reaktion an den Impfstellen aus, die ne Eiterung einheilenden Knoten verkleierten sich allmählig, während gleichzeitige ässige, aber derbe Anschwellungen der ymphdrüsen in der Nachbarschaft der Impfellen auftraten, sonst schien das Thier völlig esund zu sein. Genau 6 Wochen nach dieser mpfung erkrankte das bis dahin gesunde hier unter fieberhaften Erscheinungen und s bildete sich wenige Tage nach dem Einreten des Fiebers eine mehr und mehr zuehmende Anzahl von Papeln im Gesichte nd am Kopfe sowie am Halse aus. Es sind lache, derbe Anschwellungen des Kutisgevebes von 2—3 Mm. Durchmesser von braunöthlicher Farbe; auf deren Höhe wurde nach einiger Zeit die Epidermis stellenweise aufgehoben durch eine geringe Menge seröser Flüssigkeit, die indessen keine geschlossene Blase bildete, sondern gewöhnlich bald austickerte. Nirgends entstanden Ulzerationen, sondern nach dem Aufhören der Fiebererscheinungen bildeten sich die Knoten spurlos zurück. Das Thier ging am 17. Mai 1878, also fünf Monate nach der Impfung unter allmähliger Abnahme seiner Körperkräfte zu Grunde, ohne dass vorher neue Fieberanfälle aufgetreten wären. Die Untersuchung zeigte nun, dass an denselben Stellen des Kopfes, an welchen jene papulösen Eruptionen sich befanden, im Leben nicht nachweisbare, aber an dem macerirten Schädel, den ich herumschicke, äusserst auffallende Veränderungen vorhanden sind, von einer solchen Art, wie man sie bei syphilitisch erkrankten Menschen sehr häufig zu sehen bekommt. Es sind dies theils narbige, strahlige Einziehungen, theils scharf umschriebene, rundliche, glattrandige Vertiefungen an der sonst dichten Knochenoberfläche, theils endlich poröse Auflagerungen, welche die unteren Theile des Stirnbeines überziehen und längs der Kranznaht nach oben sich fortsetzen. Ferner fand sich eine mit dem ersteren Falle übereinstimmende Veränderung in der Lunge, bei der aber, in noch viel auffälligerer Weise als bei jenem, mächtige Lagen eines an Spindelzellen reichen Bindegewebes derbe käsige Herde umgaben, während strahlige, sehnige Verdichtungen der Pleuren über diesen Stellen sich vorfanden, ganz analog den bekannten Veränderungen bei menschlicher Lungensyphilis. Ein fernerer beweiskräftiger Befund wurde sodann in den Nieren gemacht, welche mehrere vollständig gallertartige Knoten enthielten, die an der Oberfläche flache Hervorragungen bildeten und ein wenig zugespitzt sich in die Tiefe der Nierensubstanz bis gegen das Becken hin einsenkten. Dieselben enthielten keine Spur von käsigen Bildungen, sondern bestanden ausschliesslich aus einer äusserst reichlichen interstitiellen Neubildung von spindelförmigen Zellen. Sie boten demnach vollkommen dasjenige Bild dar, welches wir in den frischesten Formen ächter Syphilome zu sehen gewöhnt sind, und es kann nicht im entferntesten an eine Verwechselung mit Tuberkulose gedacht werden. — Die Objekte, welche dem Körper der Aeffin sofort nach dem Tode entnommen wurden, namentlich Blut, ergaben nun in geeigneter Kulturvorrichtung im Laufe weniger Tage Pilzentwicklungen, welche mit denen eine grosse Aehnlichkeit hatten, die in dem ersten Falle zur Impfung verwendet worden waren. Es bildete sich auf der Leimgallerte eine oberflächliche, trübe, grauweisse Lage, welche aus zumeist beweglichen, später ruhenden Stäbchen bestand. Von dieser Schicht aus entwickelten sich weiterhin in grosser Menge eigenthümliche, spiralig gewundene Massen, welche sich in die Tiefe der Leimmasse einsenkten. Zuerst bestanden dieselben aus Reihen einfacher mit ihren Enden an einander gelagerter Stäbchen; in ihrer weiteren Entwicklung bildeten sie dagegen dicke, spiralige, wurstförmige Körper, die durchwegs aus ganz kurzen Stäbchen sich zusammensetzten und an ihren Enden in einfache Stäbchenreihen übergingen, so dass man annehmen kann, dass durch Längs- und Quertheilung der ursprünglich einfachen Stäbchen die spiraligen Windungen der an Breite und Länge zunehmenden Pilzmassen entstanden sind, an deren Enden sich wieder einfache Stäbchenreihen als jüngste Produkte der Entwicklung anschliessen. — Wir sehen somit, dass erstens bei der frischen Untersuchung syphilitischer Neubildung, die dem lebenden Menschen entnommen war, regelmässig bewegliche Stäbchen gefunden werden, und dass zweitens sowohl durch die Uebertragung von Stücken eines Hunter'schen Knotens wie durch die Uebertragung von Pilzformen, die aus jenem gezüchtet wurden, Formen syphilitischer Erkrankung hervorgebracht wurden, welche mit denjenigen syphilitisch erkrankter Menschen vollkommen übereinstimmen. Es geht hieraus mit Sicherheit hervor, dass die beobachteten Pilzformen die eigentliche Ursache der syphi-

litischen Erkrankungen seien. Da nun doch jedes besondere Ding seinen eigenen Namen verdient, so mögen dieselben mit demjenigen der „Helico-Monaden“ bezeichnet werden, indem sie einerseits unter der Form beweglicher Stäbchen denjenigen Formen entsprechen, welche bis dahin seit Ehrenberg als Monaden bezeichnet wurden, und andererseits die spiraligen Stäbchenmassen den Beinamen rechtfertigen werden. Natürlich muss es den Botanikern überlassen bleiben, diese Bezeichnungen zu ratifiziren, und werden dieselben vielleicht in der Lage sein, diese Formen, indem sie dieselben bekannteren anreihen, mit einem rationelleren Namen zu belegen. (Prager med. Wochenschrift, 1878, Nr. 41.) —

In einer der jüngsten Sitzungen der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden hielt Dr. Osterloh einen Vortrag „über Menstruation“. Derselbe hat zum Zwecke der Beurtheilung der Gesetzmässigkeit des Eintrittes und Charakters der Menstruation das ihm von Prof. Winckel überlassene Material des Entbindungsinstitutes zu Dresden aus der Zeit von Ende 1872 bis Ende 1876 benutzt. Erstlich fand Redner einen Fall, in welchem eine Frau erst nach ihrer ersten Entbindung zum ersten Male menstruirt wurde. Von 3188 Frauen fiel der Eintritt der Menstruation in das 16.5te Lebensjahr. Theilt man das Material in die zwei Gruppen der Städterinnen und Landbewohnerinnen, so zeigt sich, dass letztere sowohl im Verhältnisse zu ersteren als auch zur Gesammtheit durchschnittlich später menstruirt werden, nämlich Städterinnen im 16.38ten und Landbewohnerinnen im 16.79ten Lebensjahre. Während Krieger einen erheblichen Unterschied für kräftige und schwächliche Mädchen fand, konstatirte dagegen der Vortragende für beide Kategorieen fast den gleichen Eintritt, für erstere das 16.55te und für letztere das 16.53te Lebensjahr. Blondinen wurden im 16.39ten, Brünette (unter denen sich aber keine Jüdinnen befanden) im 16.69ten Lebensjahre menstruirt. Ferner fand sich, dass, die Konstitution betreffend, am frühesten schwächliche Blondinen, am spätesten aber schwächliche Brünette, und der Körpergrösse nach am frühesten grosse Brünette, am spätesten aber kleine Brünette menstruirt wurden. Nach Cohnstein's Vorgange wurden diejenigen Frauen aus dem Materiale herausgehoben, welche in der Kindheit an Rhachitis gelitten hatten, der Zahl nach 236; für sie war das Alter des Eintrittes der Regel das 17.27te Lebensjahr. Bei 182 Frauen, die der Gruppe sogenannter alter Erstgebärender angehörten, war das betreffende Alter das 18.41te Lebensjahr. Es bestätigten sich hiermit Cohnstein's und Hecker's Angaben und schliesst sich Redner den Auslassungen des Letzteren über diesen Punkt völlig an. Unter 3242 waren zwei, bei welchen die Menstruation überhaupt zunächst nicht wiederkehrte nach dem ersten Male, obgleich die Betreffenden erst 4 resp. 5 Jahre später zum ersten Male konzipirten; 2070 = 64.45 pCt. boten einen regulären Typus dar; unter ihnen kehrten die Regeln in

15	Fällen	alle	2	Wochen,
263	„	„	3	„
7	„	„	3½	„
1783	„	„	4	„ und in
2	„	„	5	„ wieder.

Bei 65 Frauen wechselte der reguläre Typus insoferne, als z. B. der dreiwöchige an Stelle des vierwöchigen trat; nur bei 21 erfolgte dieser Wechsel nach vorhergegangener Entbindung. Stets unregelmässig, mit Pausen von wenigen Wochen bis zu solchen über Jahresfrist, war der Typus bei 277 = 8.63 pCt., ohne derartige Unterbrechungen bei 683 = 21.26 pCt. Endlich wurde bei 112 ohne bestimmte Ursache der irreguläre Typus nach einiger Zeit regelmässig. Die Dauer des jedesmaligen Blutabganges war in 2080 Fällen von 1—5 Tagen, bei 637 über 5 Tage hinaus, häufig wechselnd bei 297. Der Vortragende glaubt die grosse Zahl derer, bei welchen der Blutabgang übermässig lange dauerte, dadurch erklären zu können, dass sein Material aus der arbeitenden Klasse sich zusammensetzt, deren Verhältnisse auch zur Zeit der Periode keine Schonung erlauben. Die Quantität der Absonderung war in 1168 Fällen beträchtlich, in 949 mittelstark, in 827 gering und in 69 Fällen mit Abgang von Blutgerinnseln verbunden. An Prodromalerscheinungen litten 232 Frauen, 909 aber an begleitenden Symptomen, unter denen besonders Schmerzen im Kreuze, Leibe und Kopfe sich geltend machten. — Osterloh zieht aus den Ergebnissen seiner Zusammenstellung den Schluss, dass, entgegen den statistischen Resultaten Krieger's, welche der Menstruation den Anschein einer grossen Gesetzmässigkeit verliehen, dieselbe durchaus zu grossen Unregelmässigkeiten neigt und desshalb den

amen „Regel“ nicht verdient. Auch die ntersuchungen Leopold's über die Schleim- ut der Gebärmutter vor, während und nach r Menstruation, in der Schwangerschaft und Wochenbette scheinen zu zeigen, dass der gellose Charakter der Menstruation in ihrem esen begründet ist, dass sie den individuel- n Eigenschaften der betreffenden Genera- onsorgane entsprechend bald so, bald anders ch kundgibt. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. ledizin, 1878, 26. Oktober.) —

Eine Binde, die jeder verwundete Soldat ich zum Zwecke der momentanen Blut- tillung sehr leicht selbst anlegen kann nd die durch ein elastisches Kompressorium uch sofort nicht bloss als sichere Tamponade lutstillend wirkt, sondern auch auf dem Transporte Sicherheit gegen neue Blutungen ewährt, konstruirte Dr. Oswald Wolff zu Frankenstein in Schlesien. Diese Binde be- teht aus festem Gummistrippenband, welches durch eine kleine Gummi-Hohlkugel, die mit Karbolwatte gefüllt, gezogen worden ist. Die Länge der Binde beträgt einen Meter, damit sie auch bei Verwundungen der Brust und des Leibes angewendet werden kann. An dem einen Ende der Binde ist eine Metall- schnalle befestigt. — Bei irgend einer Ver- wundung nun wird die Binde aufgerollt, die übrig gebliebene Schlinge, welche die Kugel enthält, etwas erweitert und über das ver- wundete Glied, resp. über Kopf, Hals, Brust oder Leib gezogen und, indem die Kugel mit den Fingern einer Hand auf die Wunde auf- gedrückt gehalten wird, zieht man mit der anderen Hand die Schlinge sehr fest zu und drückt mit dem Daumen die Stacheln der Schnalle in die Binde ein, so dass die Schlinge fest geschnürt bleibt. Da die Binde elastisch ist, bleibt sie auch stets fest liegen, sogar am Rumpfe, wo sie den Athembewegungen folgt, ohne dieselben zu hindern. Darauf wird der übrige Theil des Bandes in Kreis- touren um die erste Tour gelegt und das Ende der Binde mit einem daselbst befind- lichen Häckchen eingehackt. Letztere Be- festigungsweise hat den Vortheil, dass man nur eine Hand dazu braucht, dass keine Ver- letzungen, wie bei Nadeln, entstehen können und dass dieses Verfahren das rascheste ist. Ist aber bei starker arterieller Blutung ener- gische Tamponade nothwendig, so können die folgenden Touren so angelegt werden, dass sie den freien Theil der Kugel stark kom- primiren und so die Tamponade verstärken. — Da die blanke Kugel nun die Wunde reizen könnte, so empfiehlt es sich, etwas Karbol- watte, die zur Unterlage Protektivsilk und zur Bedeckung einfaches Gummipapier hat, zunächst auf die Wunde zu legen, und hier- über erst die Gummikugel. Es ist daher dieses Verbandmaterial der Binde beigelegt. — Da die Kugeln oft den getroffenen Theil völlig durchbohren und dann zwei Wunden zu ver- binden sind, so sind der Binde auch zwei Wattestücke beigelegt. Die Vorzüge dieser Bandage vor anderen Verbänden sind die, dass der Verband kaum eine Minute in An- spruch nimmt, dass jeder Verwundete ihn sich selbst anlegen und dass auch bei länge- ren Transporten keine Blutung wieder ein- treten kann. — Diese „elastische Blut- stillungsbinde“ kann aber auch als das einfachste und beste Tourniquet angewendet werden, welches wegen seiner Elastizität sicher und ohne zu rutschen liegen bleibt und viele Stunden lange vertragen wird, wegen seiner einfachen Konstruktion aber auch von jedem Laien angelegt werden kann. Es wäre daher besonders auch für Aerzte und Lazareth- gehilfen diese Binde auf dem Schlachtfelde von Vortheil. Aber auch für den Civilarzt kann die elastische Binde von Vortheil sein. Zu irgend einem Verletzten gerufen wird sie oft als provisorisches Blutstillungsmittel, oft als definitives sich bewähren. Ausserdem würde sich ihre Anwendung in manchen Fäl- len von Blutung, wo andere Mittel im Stiche lassen, empfehlen. So zunächst bei den gefürchteten Nabelblutungen der Säuglinge, bei welchen die elastische Kompression des Nabels bis zur definitiven Stillung der Blutung Tage lang fortgesetzt werden könnte, da die Binde nicht mehr Un- bequemlichkeit macht als ein Nabelbruchband. Auch bei blutenden Blutegelstichen würde die elastische Kompression oft sicher und mild wirken und schmerzhafte Mittel, wie z. B. das Glüheisen, überflüssig machen. Für Per- sonen, die an Hämophilie leiden und bei den geringsten Verletzungen Verblutung fürch- ten müssen, wäre die elastische Kompression ein Verfahren, welches sie selbst sofort mit Erfolg anwenden könnten. Ueberhaupt wäre bei den jetzt so häufig vorkommenden Ver- letzungen durch Maschinen in jeder Familie die elastische Blutstillungsbinde von Nutzen; da gewöhnlich in solchen Fällen bis zur An- kunft eines Arztes alles mögliche Verkehrte,

nur nicht eine richtige Tamponade, angewendet wird. (Zu beziehen ist diese Binde „elastische Blutstillungsbinde“ von Apotheker Schulz zu Breslau. Uferstrasse 2; Preis mit Gebrauchsanweisung, Verbandmaterial und Blechkapsel 3 Mark.) (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 43.) —

Hutchinson theilt die Darmverschliessungen in vier Hauptgruppen nach den dieselben bedingenden ursächlichen Momenten: 1) Fälle von Koprostasis; 2) Intussusceptionen; 3) innere Strangulationen, durch Bänder etc. und 4) Strikturen. Von diesen Gruppen berücksichtigt er vornehmlich die inneren Strangulationen, weil die Ansichten über die Behandlungsprinzipien noch sehr wechseln und gerade diese Frage die schwierigste und ernsteste ist. Schon die Diagnose stösst meist auf grosse Schwierigkeiten, ganz abgesehen von den Fällen, in welchen eine Darmverschliessung nur vorgetäuscht wird, durch Peritonitis, Nieren- oder Gallen-Kolik. Ueber solche Fälle berichtet er aus seiner Praxis und präzisirt seine diesbezüglichen Ansichten in Form von Thesen: Wenn Kinder plötzlich mit den Erscheinungen von Darm-Obstruktion erkranken, so liegt wahrscheinlich Intussusception oder Peritonitis vor; wenn der Patient vorgerückten Alters ist — Koprostasis oder eine chronische Krankheit bösartigen Charakters (Striktur oder Tumor); in den mittleren Altersklassen sind Intussusception, Striktur und Tumor sehr selten, dagegen die Ursachen der Verschliessung sehr verschieden. Für Intussusception ist bezeichnend häufiges Drängen, Abgang von Blut und Schleim, Unvollständigkeit der Konstipation und der Nachweis eines wurstförmigen Körpers in der Bauchhöhle. Dieser Nachweis ist um so leichter, als bei Intussusception gewöhnlich die Bauchdecken lax bleiben. (Aeussere Anal- und Rektal-Untersuchung in der Aethernarkose.) Man hüte sich vor Verwechselung mit Kothballen. Auch bei den Strikturen alter Leute ist die Konstipation gewöhnlich keine vollständige, nur sind meist schon Attaquen derselben vorausgegangen. Wenn schon wiederholte Anfälle beängstigender Obstruktion dagewesen sind und zwar mit langen Intervallen vollkommenen Wohlbefindens, so muss in erster Linie an kongenitale Divertikelbildung, Einklemmung durch ligamentöse Adhäsionen oder Achsendrehung gedacht werden. Wenn gleich bei Beginn der Erkrankung der Leib gespannt und tympanitisch aufgetrieben ist, so liegt fast sicher Peritonitis vor. Finden jedoch sichtlich noch Bewegungen der Darmschlingen Statt, so ist fast eben so sicher Peritonitis auszuschliessen. Die Neigung zum Erbrechen und der Grad desselben hängen ab: 1) von dem Sitze des Hindernisses, beziehungsweise seiner Nähe am Magen; 2) von dem Grade der Enge (kompleter Verschluss des Darmrohres oder nur Verengerung); 3) von der Menge der aufgenommenen Nahrung oder Arznei und welcher. Hat die Verengerung ihren Sitz im Dickdarme, so kann Erbrechen ganz fehlen, wie denn das Erbrechen bei Gallen- und Nierenstein-Kolik häufig viel heftiger ist wie bei den Darmverschliessungen. Kotherbrechen ist immer ein Zeichen, dass die Verengerung weit nach abwärts sitzt, und ist meist von ernster Bedeutung, weil ein Zeichen grosser Enge. — Therapie: In allen früheren Stadien und allen akuten Fällen dürfen weder Nahrung noch Arzneien per os gereicht werden. Man anästhesire den Kranken und untersuche das Abdomen durch die Bauchdecken, per anum und per rectum, versuche, wenn zulässig, die Abdominal-Taxis und zwar wiederholt, wenn sie das erste Mal erfolglos geschehen, besonders aber so früh als möglich — bevor Tympanitis eintritt und die Untersuchung erschwert. Dazu wende man reichliche und hohe Klystire an. An Stelle der Wasserklystire können in Fällen von Invagination auch Luft-Insufflationen gemacht werden. Dieselben sind aber immerhin nicht so gefahrlos wie die Wasserklystire und haben andererseits gar keinen Vorzug vor den letzteren, wenn diese in der Knie-Ellenbogen-Lage applizirt werden. Dagegen ist die Luft-Insufflation kontraindizirt bei Verdacht auf Striktur. Mittelsalze sind gestattet bei Koprostasen und Strikturen, welche Verflüssigung der Fäces verlangen. Opium (beziehungsweise Morphium) soll nur durch unerträgliche Schmerzen indizirt sein und per rectum oder subkutan applizirt werden. Ein Zusatz von Belladonna ist rathsam. Der Narkotisirung durch Aether soll eine subkutane Morphium-Injektion vorausgeschickt werden. — In Fällen zweifelhafter Diagnose mache man nicht den Explorativ-Schnitt, sondern nehme die Chancen einer Spontanheilung auf oder manipulire mit der Abdominal-Taxis und zwar wiederholt. In hoffnungslosen Fällen lege man in der Regio iliaca

einen künstlichen After an (Enterotomie oder Kolotomie). In der rechten oder linken Lendengegend muss der künstliche After angelegt werden, wenn die Verschliessung in den abhängigsten Theilen des Dickdarmes stattfindet und durch unheilbare Krankheiten (Tumoren oder Strikturen) bedingt ist. An der vorderen Bauchwand sollte nur dann ein künstlicher After angelegt werden, wenn angenommen werden kann, dass die Verschliessung oberhalb des Coecum ihren Sitz hat oder wenn — wie oben gesagt — die Diagnose hinsichtlich des Sitzes zweifelhaft und der Fall hoffnungslos ist. Wenn auch nur der Verdacht auf Sitz der Verschliessung im Dickdarme berechtigt ist, mache man den Schnitt auf der rechten Seite. Wird das Kolon leer gefunden, so muss der Peritonealsack eröffnet und die Enterotomie gemacht werden. — In Bezug auf den Explorativ-Schnitt spricht sich Hutchinson folgendermassen aus: „Bei dem heutigen Stande unseres chirurgischen Wissens sind Explorativ-Laparotomieen (d. h. Eröffnung der Bauchhöhle durch Schnitt in der Linea alba, um die Hand einzuführen und den Sitz der Darmverschliessung aufzusuchen) zur Hebung von Darmverschliessungen, deren Ursache nicht diagnostizirt werden kann, nicht berechtigt". Diesen Satz begründet derselbe des Weiteren damit, dass die Operation an sich sehr gefährlich, gefährlicher als die Ovariotomie ist, und auf der anderen Seite die Fälle, deren Ursache nicht diagnostizirt werden kann, auch nicht in die Kategorie der hoffnungslosen gestellt werden dürfen, denn in jedem derselben kann der nächste Augenblick ohne besondere Erscheinungen vollständige Genesung bringen. Solcher Fälle sind genügend viele bekannt. Minder gefährlich würde die Operation sein und in relativer Ungefährlichkeit mit der Ovariotomie wohl auf gleicher Stufe stehen, wenn dieselbe frühzeitig, bevor Tympanitis eingetreten ist, ausgeführt werden könnte. Welcher Chirurg wollte bei vollständiger Unklarheit über Sitz und Ursache einer akut entstandenen Darm-Occlusion frühzeitig, gleich bei Beginn der Erkrankung, welche vielleicht erst im weiteren Verlaufe durch Hinzutreten von Meteorismus und Konstipation sich als Darm-Occlusion deklarirt, den Schnitt wagen? Und wo bei schon entwickeltem Meteorismus der Explorativ-Schnitt gemacht und die Verschliessung gehoben worden ist (d. h. bei Achsendrehung, Abknickung durch Bänder u. s. w.), da ist der Ausgang letal gewesen? — Kann die Ursache der Verschliessung präzise erkannt werden und kann mit Rücksicht auf dieselbe von einer intraabdominellen Encheirese Erfolg erwartet werden, so hat, wenn alle anderen Mittel, als Klystire, Abdominal-Taxis etc., vergebens versucht worden sind, der Abdominal-Schnitt sein volles Recht. So steht es mit den Invaginationen, wenn der inkludirte Theil lang und daher durch die Bauchdecken der wurmförmige Körper palpatorisch nachweisbar ist. Weil aber, wenn überhaupt die Explorativ-Laparotomie indizirt ist, dieselbe frühzeitig gemacht werden muss, desshalb verlangt Hutchinson, dass diese Kranken nicht, wie bisher üblich, in die Klasse der therapeutischen Fälle gestellt und somit in die Behandlung der internen Kliniker, sondern sogleich als chirurgische Fälle angesehen und den Chirurgen zur Behandlung überwiesen werden. Wie ersichtlich, hat derselbe den Schwerpunkt seiner Adresse in die Beantwortung der Frage fallen lassen, wann die Eröffnung der Bauchhöhle nicht vorgenommen werden darf. Hutchinson hat dieses, wie er zum Schlusse der Diskussion resumirend erwähnt, gethan, weil die allgemein in den englischen Handbüchern vertretene und auch sonst geäusserte Meinung der besten englischen Chirurgen der Explorativ-Laparotomie bisher weniger Einschränkungen gesetzt hat, als er sie verlangt. (Brit. med. Journal, 1878.) —

J. Mickle glaubt fünf durch anatomischen Befund und klinische Erscheinungen verschiedene Formen der progressiven Paralyse aufstellen zu können. In der ersten ist die Rinde an den bekannten Prädilektionsstellen erweicht und hyperämisch, es finden sich entsprechende Adhäsionen der Pia, die Veränderungen sind an beiden Hemisphären etwa symmetrisch. Klinisch handelt es sich um das gewöhnliche Bild der Paralyse mit Grössenwahnideen, paralytischen Anfällen und fortschreitender Demenz. Ab und zu kommen Hallucinationen und in späteren Stadien Sinnesdefekte vor. Der Verlauf ist verhältnissmässig kurz und betrug im Durchschnitte von 7 Fällen elf Monate. Als diesem Typus noch zugehörig erwähnt Mickle elf weitere Fälle, deren Durchschnittdauer 20 Monate betrug, die wahrscheinlich nur in einem späteren Stadium eines ähnlich beschaffenen

und ähnlich vertheilten Prozesses zur Sektion kamen und sich klinisch hauptsächlich durch einen milderen Verlauf und längere Dauer unterschieden. — In der zweiten Form ist das Gehirn atrophisch und enthält reichliche Ansammlungen von Serum, die Adhärenzen sind mässig, die meningealen Veränderungen dagegen hochgradig und ausgedehnt. Der Verlauf dieser Fälle ist äusserst chronisch und beträgt im Durchschnitte vier Jahre. Die Initialerscheinungen können hier sehr verschieden sein, gehen aber stets in einen tief dementen Zustand von sehr langer Dauer über. Die Lähmungserscheinungen sind verhältnissmässig gering und vorwiegend auf die Unterextremitäten beschränkt, so dass die Patienten gewöhnlich sehr lange bettliegerig sind. Apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle, verbreiteter Tremor, sensorische Symptome fehlen hier total. — In der dritten Form ist überwiegend die linke, in der vierten die rechte Hemisphäre betroffen. Wegen der auffallenden Verschiedenheit in den psychischen Symptomen ist es gerechtfertigt, beide auseinander zu halten, denn bei den Kranken der dritten Form herrschten Demenz, Hypochondrie und Melancholie, bei denen der vierten Form Grössenwahnideen und tobsüchtige Erregung vor. Das häufige Vorkommen von Hemiplegie (bei der dritten Form ausnahmelos) und von epileptischen oder paralytischen Anfällen (ebenso wie das öftere Auftreten von Hallucinationen und Sinnesdefekten) ist beiden gemeinsam. Die Krankheitsdauer betrug im Durchschnitte 17 und 24 Monate. — Bei der fünften Form endlich findet man lokale Indurationen der Hirnrinde, die Pia ist ziemlich stark und auffallend häufig auch an der Basis, namentlich im Spatium intercrurale, verändert. Die Symptome, namentlich die psychischen, wie der Sitz der Affektion, waren in den fünf Fällen, auf welche sich **Mickle** stützt, ziemlich verschieden. Doch waren die Lähmungssymptome stets ziemlich ausgeprägt, die Patienten wurden zuletzt bettliegerig und hatten Flexionskontrakturen der Glieder. Häufige epileptiforme Anfälle waren von Hemiplegieen gefolgt; auch andere schwere Gehirnerscheinungen, wie choreiforme Bewegungen, Tremor nach Art der Paralysis agitans, Anästhesie und protrahirte Kephalalgie machten sich geltend. (Centralblatt für die mediz. Wissenschaften, 26. Okt. 1878, Nr. 43.) —

Nicht wenige Fälle von **Epitelialkrebsen der Gesichtshaut und der Lippen** beginnen mit einer einfachen Epitelwucherung auf der Haut, welche oft lange bestehen bleibt, ehe die Epitelialzapfen sich in das Korium senken. In diesem Stadium ist das Leiden durch fortgesetzte lokale medikamentöse Behandlung heilbar u. z. bedient sich **W. Busch** einer 1.0—2.5 prozentigen **Sodalösung**, um die Kruste loszuweichen und einer 0.5 proz. Lösung, um die Wiederansammlung zu verhindern. Diese Behandlung ist zuweilen selbst dann noch wirksam, wenn bereits ein oberflächlicher geschwüriger Zerfall sich eingeleitet hat; jedenfalls aber empfiehlt es sich dringend, nach Exstirpation von Krebsen die Narbe und deren Umgebung dauernden alkalischen Waschungen zu unterwerfen, um Recidive zu verhindern. Es geschieht nicht selten, dass derartige Kranke sich Jahre lang durch solche Waschungen gesund halten, während sie nach Aussetzung derselben sofort von Recidiven befallen werden. — Aehnliche Verhältnisse finden sich auch an der Brustdrüse. Es scheint, als ob manche Krebse der Mamma ihren Ausgang von einer Erkrankung der Areola und der Warze nehmen, welche zu Epitelansammlung auf der Warze, Verstopfung der Milchgänge und sekundärer Degeneration im Drüsengewebe führen kann. In solchen Fällen leisten die alkalischen Waschungen gleichfalls gute Dienste. (v. Langenbeck's Archiv XXI S. 676.) —

Bis jetzt hielt man als Hauptcharaktere **der interstitiellen Nephritis** die Polyurie, die intermittirende Albuminurie, die Verminderung des spezifischen Gewichtes des Urins und die Verminderung des Harnstoffes. Zu diesen fügt **M. A. Robin** zwei neue Zeichen hinzu; man findet nämlich konstant Uroerythrin — eine rothfärbende Substanz, welche dem Harn eine Blutfarbe gibt und wahrscheinlich ein Oxydationsprodukt des Urohaematins ist, und ferner zwei mikroskopische Elemente, das eine aus kleinen krystallinischen oder amorphen Pigmentschollen zusammengesetzt, das andere aus granatartigen Häufchen, wahrscheinlich aus Hämatoidin bestehend. (La Trib. méd., 1878, Nr. 513.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 47. *Erlangen*, am 23. November 1878.

Wöchentlich
n Bogen von
3 Quartseiten.
reis jährlich
8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

nhalt. Zur Behandlung der Blutungen nach Abortus. Einwirkungen der Athmung auf den Kreislauf. Ist anhaltender Genuss kleiner Mengen Salicylsäure der Gesundheit nachtheilig? Zur Radikalbehandlung des veralteten reponiblen Gebärmuttervorfalles. Zur Entstehungsgeschichte der Endokarditis. Ueber die Inkontinenz des Pylorus. Zur Therapie des Mastdarmvorfalles. Ueber Wundheilung der Hornhaut.

In einer Arbeit zur Behandlung der Blutungen nach Abortus weist Dr. Böters zu Berlin zunächst auf die grossen Schwierigkeiten hin, welche die gegenwärtig übliche Behandlungsmethode solcher Blutungen so häufig findet. Die durch Pressschwämme und Laminaria erst zu erzielende Erweiterung des Cervikalkanales ist nicht bloss zeitraubend, sondern auch mit Gefahren verbunden, worauf in neuerer Zeit mit Recht mehrfach hingewiesen wurde. Gelingt es aber auch, den Cervikalkanal genügend zu erweitern, so ist es dann in vielen Fällen, besonders bei Hochstand der Gebärmutter, bei Unnachgibigkeit der Bauchdecken und des Dammes, sehr schwierig, die zurückgebliebenen Reste aus der Uterushöhle herauszuschaffen, so dass in manchen Fällen ohne Chloroform und Assistenz diese Operation gar nicht ausführbar ist. Noch grösser werden die Schwierigkeiten, wenn die Gebärmutter in Folge früherer Entzündungsprozesse Verwachsungen eingegangen ist oder wenn frische Entzündungszustände in ihrer Umgebung noch bestehen. Verf. empfiehlt daher folgende Behandlungsmethode, welche leichter auszuführen, weniger gefährlich ist und doch zum Mindesten dieselben Resultate aufzuweisen hat wie die anderen Methoden. Zur Entfernung der die Blutungen veranlassenden Eireste aus der Uterushöhle wird der von Simon zum Auskratzen von Gebärmutterkrebsen angegebene Löffel in Anwendung gezogen und zwar ohne dass vorher der Cervikalkanal dilatirt zu werden braucht. Das Verfahren hierbei ist kurz folgendes: Nach Ausspülung der Gebärmutterhöhle mit einer 3 proz. Karbolsäurelösung wird der Löffel, dessen Stärke sich nach der Weite des Cervix richten muss, in die Höhle eingebracht und dann nach allen Seiten vom Fundus nach dem Muttermunde zu unter leichtem Drucke hingeführt. Nach jedem Zuge wird der Löffel mit seinem Inhalte genau untersucht, um beurtheilen zu können, ob noch Reste vorhanden und in welcher Richtung dieselben aufzusuchen sind. Die Reinigung auf diese Weise muss gründlich geschehen. Hierauf wird nochmals die Uterushöhle mit Karbolsäure ausgespült und dann die von Dr. Schede angegebene Drainage der Gebärmutter ausgeführt. Dieses ganze Verfahren erfordert etwa eine Viertelstunde; die Blutung steht sehr bald in Folge der kräftigen Zusammenziehung der Gebärmutter. Die Schmerzen der betreffenden Patientin sollen hierbei nur gering sein; die Anwendung des Chloroform war niemals nothwendig. Als Beweis für die Vorzüge dieses seines Verfahrens theilt Böters zehn Beobachtungen mit, betreffs derer wir auf das Original verweisen. Der Werth dieser Methode soll auch besonders da hervortreten, wo es sich um Fälle handelt, in welchen die Gebärmutter und ihre Umgebung im entzündlichen Zustande sich befindet und der Uterus durch Adhäsionen unbeweglich geworden ist. Hier, wo man sich bisher scheute, operativ einzugreifen, kann man jetzt nach der Ansicht des

Verfassers ohne Gefahr den Löffel in Anwendung ziehen. — — Im Anschlusse an die vorstehende Mittheilung berichtet Dr. Mundé zu New-York über die Resultate, welche er bei Entfernung von zurückgebliebenen Placentarresten mit dem Simon'schen scharfen Löffel erzielt hat: Im 1. Falle litt eine Frau nach Entfernung einer Mole seit zwei Monaten an heftigen Uterinblutungen, die allen inneren Mitteln getrotzt hatten. Es wurde der Cervikalkanal mittelst Pressschwamm erweitert und mit dem grössten Simon'schen Löffel, der etwas abgestumpft worden war, wurden in der Rückenlage ohne Narkose und Speculum die Eireste entfernt und dann die Gebärmutterhöhle mit Jodtinktur ausgepinselt. Es trat nicht die geringste Reaktion ein. Vollkommene Genesung wurde erzielt. Im 2. Falle wurde bei einer Frau wegen Blutungen ein faustgrosses Epiteliom der Portio vaginalis, welches schon bei Berührung stark blutete, mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt; keine Reaktion. Fünf Tage später erfolgte der Abortus eines $3^1/_2$ monatlichen Fötus. Die Placenta blieb sitzen und konnte mit den Fingern nicht entfernt werden. Es wurde tamponirt und Secale gegeben. Nach zwei Tagen floss übelriechende Jauche aus der Gebärmutter. Daraufhin wurde mit dem abgestumpften Simon'schen Löffel rasch und schmerzlos, indem die äussere Hand die Bewegungen überwachte, durch Drehen und Schaben die ganze zersetzte Placenta entfernt. Eine Injektion mit karbolisirtem Eiswasser reinigte und kontrahirte den Uterus; die Reaktion blieb aus. Patientin erholte sich rasch. — Wenn nun auch der scharfe Löffel als das beste Mittel zur Entfernung grösserer Eireste gleich oder einige Tage nach der Geburt erschien, zumal da dann keine Verletzung der Uterusschleimhaut möglich war, da die Decidua ohnedies abgestossen wird (Verletzungen des Parenchyms wären nur bei roher Gewalt oder weichen Neubildungen möglich), so erfordert doch die Handhabung desselben bei kleinen Eiresten oder längere Zeit nach dem Abortus eine so grosse Vorsicht, dass Verfasser eine von Gaillard Thomas konstruirte Drahtschlinge ihm vorziehen zu müssen glaubt. Diese Schlinge ist 9 Zoll lang (wovon $3^1/_2$ auf den Griff entfallen) und besteht aus $^1/_6$ Zoll dickem, biegsamem Kupferdrahte, welcher gegen das Ende auf $^1/_{16}$ Zoll abnimmt und dort eine $^3/_8$ Zoll lange und $^1/_4$ Zoll breite Schlinge bildet, welche auf der einen Fläche abgeflacht ist. Mit der hierdurch gebildeten stumpfen Kante konnten, ohne dass Verletzungen möglich sind, alle pathologischen Hervorragungen an der Uterinschleimhaut entfernt werden. Die Anwendung geschieht in der Seitenlage durch das Sims'sche Speculum hindurch. Andere Specula behindern die vollständige Ausschabung; Narkose ist nur bei sehr sensiblen Frauen erforderlich. Der Cervix wird mittelst eines Häckchens herabgezogen, die Curette entsprechend dem Cervikalkanale gekrümmt und eingeführt und nun mit sanften Zügen die ganze Höhle ausgeschabt. Die Scheide wird dann tamponirt. Ist der Uterus sehr schlaff, so wird die Innenfläche noch mit Jodtinktur ausgepinselt. Die Operation dauert höchstens einige Minuten und kann die Kranke unmittelbar darauf nach Hause entlassen werden. Die Operation brauchte bisher niemals wiederholt zu werden. Ebenso war Dilatation des Cervix nie nöthig. In 15 Fällen von Blutungen, die zwischen 1—4 Monaten nach Abortus aufgetreten waren, wurden Placentarreste von Linsen-, Erbsen- bis Bohnen-Grösse entfernt. Alle Patientinnen wurden ambulant behandelt. — Die Diagnose der Placenta-Reste als Ursache der Blutung wurde öfter erst bei Anwendung des Instrumentes gemacht und dann erst die vollständige Ausschabung vorgenommen. Auch aus diesem diagnostischen Grunde scheint die Curette dem Löffel vorzuziehen zu sein. Kontraindizirt sind nach Mundé sowohl Schlinge als Löffel bei akuten oder chronischen Entzündungen der Gebärmutter und ihrer Adnexen. Er würde sie hier nur dann anwenden, wenn die Blutung auf keine andere Weise stillbar wäre. Bei reizbaren Individuen würde sich nach der Operation eine subkutane Morphiuminjektion und einige Tage lang Bettruhe empfehlen, um etwaiger Parametritis vorzubeugen. Die Drahtschlinge empfahl sich in allen den Fällen, in welchen schon längere Zeit nach dem Abortus verflossen, der Cervikalkanal wieder enge kontrahirt war und es sich nur um kleinere Eireste handeln konnte. Der scharfe Löffel würde nur unmittelbar nach dem Abortus zur Entfernung der ganzen Placenta oder doch sehr grosser Stücke derselben anzuwenden sein. — — Dr. Jacob zu München berichtet, dass er schon seit September 1876 ein dem von Böters empfohlenen ähnliches Verfahren bei Blutungen nach Abortus übe. Derselbe wurde damals zu einer Frau gerufen, welche im Februar desselben Jahres nach Abortus mehrere Wochen

ng, ohne sich behandeln zu lassen, Blut-
ıgen gehabt hatte. Dieselben hörten nach
nmaliger Applikation von Liquor ferri auf
e Gebärmutterschleimhaut auf. Während
nes Landaufenthaltes im folgenden Septem-
er bekam sie nach einer unbedeutenden An-
rengung eine Blutung, welche sie veran-
sste, gleich nach München zu gehen. Hier
bortirte sie (im zweiten Monate) einige Tage
ach ihrer Ankunft. Zwei Wochen später,
ls sie bereits wieder leichtere Arbeiten zu
errichten begann, wurde sie plötzlich von
iner heftigen Blutung überrascht, welche
bermals mit Liquor ferri gestillt wurde.
Allein schon nach drei Tagen traten wieder-
holte Blutungen ein, die weder durch Ein-
spritzen von Liquor ferri noch durch Ergotin-
njektionen gänzlich gestillt werden konnten.
Da der äussere Muttermund kaum mehr offen
war, dachte Jacob daran, mittelst eines ein-
geführten Löffels, ohne den Muttermund zu
erweitern, die zurückgebliebenen Eireste als
die Quelle der Blutungen zu entfernen. Er
liess zu diesem Zwecke an einem Höllensteinträger die Platinhülse durch einen Schablöffel ersetzen, der 1 Cm. lang, 3 Mm. breit war und hinten unmerklich in den Stiel überging. Dieses Instrument, einer Uterussonde ähnlich, nur dass an Stelle des Knopfes das Löffelchen sich befindet, ist 32 Cm. lang, hat eine beliebige Krümmung und dringt so leicht wie eine Sonde in die Gebärmutterhöhle ein. Mit diesem Instrumente konnte Jacob im fraglichen Falle die ganz unbedeutenden Reste, die sich im linken oberen Winkel befanden, leicht herauskratzen, worauf die Blutung sofort stand. Seitdem hat er das Instrument schon öfter, sowohl bei ähnlichen Anlässen als auch bei chronischem Gebärmutterkatarrhe, und zwar stets mit sehr gutem Erfolge, angewendet. Ueble Folgen sah er niemals. Sein Verfahren unterscheidet sich von dem des Dr. Böters nur dadurch, dass er statt des Simon'schen ein gewöhnliches Milchglas-Speculum anwendet und bis jetzt von Karbolsäure-Einspritzungen noch keinen Gebrauch macht; nur den Löffel taucht er vor der Einführung in 5proz. Karbollösung. (Schmidt's mediz. Jahrbücher, 1878, Nr. 8.) —

Das Archiv f. d. ges. Physiol. Bd. XVII bringt auf S. 374 u. ff. einen Beitrag zur Kenntniss der Einwirkungen der Athmung auf den Kreislauf von Zuntz. Nachdem derselbe die Ansicht widerlegt, dass sich während der Inspiration, also während der Ausdehnung der Lungen, das Volumen der Lungenkapillaren verengert und Veranlassung zur Blutdrucksteigerung wird, geht er auf seine eigenen Versuche über, welche die Erörterung 1) des Einflusses der Athemmechanik auf den Kreislauf zum Vorwand haben. Zur Ein- beziehungsweise Ausathmung von oder in verdünnter beziehungsweise komprimirter Luft benutzt er ein einfaches Gefäss, durch dessen Kork zwei die Luftröhre des Versuchsthieres an Weite übertreffende Glasröhren gehen. Wird durch jene inspirirt, so verdünnt sich die Luft im Gefässe und zieht erst dann neue Luft nach, wenn die Differenz zwischen dem Drucke der verdünnten Luft in der Klappe und dem der Atmosphäre grösser ist als der Druck der Flüssigkeitssäule von der Mündung der eintauchenden Röhre bis zum Niveau der Sperrflüssigkeit. Je tiefer die zweite Röhre eintaucht, desto verdünntere Luft wird eingeathmet. Ist diese Röhre mit der Trachea des Thieres verbunden, so wird die Ausathmung erschwert, beziehungsweise in komprimirte Luft ausgeathmet. Zuntz fand nun in Uebereinstimmung mit Drosdorff und Rotschetschkaroff und gegen Waldenburg bei Einathmung komprimirter Luft Sinken des arteriellen Druckes und bei Exspiration in verdünnte Luft Steigen des Blutdruckes. Jenes ist Folge einer schnellen Depletion, dieses einer schnellen Aspiration von Blut in den Taorax. Daher ist ganz allgemein die den Blutdruck erhöhende Wirkung der Ausathmung in verdünnte Luft viel geringer, als die den Blutdruck herabsetzende Wirkung der komprimirten Luft. Während ferner die letztere mit steigender Luftverdichtung fortwährend zunimmt, zeigt die erstere schon bei geringer Luftverdünnung maximale Werthe. Nach Verfasser liegt die Ursache dieses Unterschiedes darin, dass bei gesteigerter Adspiration des Thorax der Druck in den Venen des Halses oder Bauches unter den der Atmosphäre sinkt, wodurch die Venenwand zusammengepresst und die weitere Fortpflanzung der Saugwirkung gehindert wird. Durch das Eingreifen der Gefässnerven werden die mechanischen Effekte auf den Kreislauf zum Theil kompensirt und zwar so, dass im Allgemeinen eine Tendenz erkennbar ist, die mittlere Höhe des Blutdruckes zu behaupten. Damit durch Aenderungen in der Kapazität der Lungengefässe arterielle Blutdruckschwankungen entstehen, ist es nöthig, dass jene

Kapazität um mehr als die Hälfte der gewöhnlichen (Lichtheim) variirt, was unter normalen Verhältnissen nicht geschieht. Aus demselben Grunde, aus welchem der arterielle Druck bei Einathmung komprimirter Luft sinkt und verdünnter steigt, sinkt und steigt derselbe, wenn aus anderen Anlässen zum rechten Herzen der Blutzufluss vermindert oder gesteigert wird, während, wie eben erwähnt, selbst bedeutende Stromhindernisse innerhalb der Lungen vom rechten Herzen ohne Schwierigkeit überwunden werden. Endlich hebt Zuntz noch hervor, dass die Frequenz des Herzschlages bei jeder Inspiration zu- und bei der Exspiration durch Vagusreizung (Hering) abnimmt; dass der Wechsel des Druckes im Thorax durch die Wand der Aorta thoracica auf die Spannung des darin enthaltenen Blutes wirkt, dass der Druck, welchen die Muskeln auf den Inhalt der Bauchhöhle ausüben, den Abfluss aus der Aorta hemmt und die Zufuhr zum Herzen durch die untere Hohlvene befördert. — In der zweiten Hälfte seiner Arbeit untersucht Zuntz den Einfluss, welchen Aenderungen des Gasgehaltes im Blute auf den Blutdruck ausüben. Um diesen Einfluss rein zu erhalten, ist es nicht geboten, die Erstickung der Thiere, also Kohlensäure-Anhäufungen in ihrem Blute durch mechanische Störungen der Respiration — Luftröhrenverschluss —, sondern durch gleichmässige Einblasungen irrespirabler Gase zu bewirken. Im ersteren Falle sind die respiratorischen Blutdruckschwankungen exzessiv und trüben das Bild der vasomotorischen Erregung, im zweiten Falle sind sie unbeständig, fehlen häufig ganz oder sind sehr gering. Diese Differenzen beruhen wahrscheinlich in individuellen Verschiedenheiten der Erregbarkeit der nervösen Apparate auf den Erstickungsreiz. — Heidenhain und Grützner haben die Anfangs aufgestellte Ansicht, dass bei der Erstickung die arterielle Drucksteigerung auf einer Verengerung der Eingeweide-Gefässe beruhe, während die Gefässe der Haut und der Muskeln sich dilatirten, nicht bestätigt gefunden. Zuntz selbst hat gefunden, dass die nach Nahrungsaufnahme stets stark hyperämisch erscheinenden Baucheingeweide während der Erstickung mächtig abblassen. Was die Gefässe der Haut betrifft, zu deren Beobachtung das Kaninchenohr benutzt wurde, so fand Verfasser, dass sich dieselben während der Erstickung dilatirten, wenn sie vorher enge gewesen waren, und verengten, wenn sie zuerst dilatirt waren. Es lassen sich diese Thatsachen vom Standpunkte der jetzt herrschenden Hypothese, welche zwar nervöse Centralapparate für die Gefässnerven, eine der Verengerung und einen der Erweiterung der Blutgefässe, annimmt, leicht erklären. Nimmt man nun an, dass durch das Erstickungsblut die nervösen Centralorgane mächtig erregt werden, so muss die Erregung stärker sein bei denjenigen, welche vorher in Ruhe gewesen sind, als bei denen, welche vorher in Thätigkeit sich befunden haben. Verf. gedenkt ferner der von Latschenberger und Dealma gefundenen Thatsache, dass Verschluss eines Arterienstammes allgemeine, reaktive Blutdrucksteigerungen bewirkt, erklärt sie aber nicht, wie diese Autoren, als Reflexwirkungen, welche der ansteigende Druck in den Kollateralen des verschlossenen Gefässes hervorbringt, sondern als Reflexwirkungen der lokalen, durch den Verschluss des Blutgefässes hervorgerufenen Asphyxie (Sauerstoffmangel). Dieselbe erzeugt lokal eine Gefässdilatation und reflektorisch eine allgemeine Blutdrucksteigerung. Wir haben es also hier mit einem regulirenden Mechanismus zu thun, welcher auf stets ausreichende Versorgung aller Organe mit den nöthigen Blutquantitäten gerichtet ist. Aehnlich ist das regulirende System des Depressor, der reflektorisch die Gefässe erschlafft, wenn der intrakardiale Blutdruck steigt, und der Nervi vagi, die die Thätigkeit des Herzens herabsetzen, wenn der Blutdruck steigt. Daher hat es bei der Erstickung, wobei die Gefässe namentlich der Eingeweide sich sehr stark verengen, relativ wenig Arbeit, während es sich schneller als bei intakten Vagis erschöpft, sobald während der Erstickung die Vagi durchschnitten werden. —

Die Frage: Ist anhaltender Genuss kleiner Mengen Salicylsäure der Gesundheit nachtheilig? beantwortet Prof. Kolbe zu Leipzig in folgender Weise: „Gewiss sind die Kliniker, welche häufig wahrzunehmen Gelegenheit haben, dass Salicylsäure, dem Patienten in grösseren Dosen verabreicht, Ohrensausen und andere Unbequemlichkeiten verursacht, zu der Vorstellung berechtigt, dass auch anhaltender Genuss kleiner Mengen Salicylsäure für die Gesundheit nachtheilige Folgen haben könne. Es ist dies eine von den Fragen, über welche endgiltig nur das Experiment zu entscheiden vermag.

n solches habe ich mit mir selbst gemacht. it September vorigen Jahres trinke ich glich Salicylsäure in wässeriger Lösung, elche auf 1 Liter Wasser 1 Gramm Salicylure enthält. Anfangs habe ich mir diese ösung selbst bereitet, in neuerer Zeit lasse n mir dieselbe in einer Mineralwasserfabrik it Kohlensäure imprägniren und ein Salicylohlensäurewasser darstellen, welches 1 Grm. alicylsäure auf $^1/_2$ Liter Wasser enthält und elches vor dem Trinken mit dem gleichen olumen Wasser verdünnt wird. Die Kohlenäure verdeckt dabei den Geschmack der alicylsäure vollständig. Von dieser $^1/_{10}$ proz. ösung trinke ich täglich (d. h. innerhalb 4 Stunden) regelmässig $^3/_4$ bis 1 Liter; ich abe auf diese Weise seit September schon ber 200 Grm. Salicylsäure konsumirt. Ausserem ist alles Bier und fast aller Wein, den ch seit zwei Jahren trinke, salicylirt. Das von er Leipziger Vereins-Bier-Brauerei bezogene ortreffliche Bier versetze ich auf dem Fasse egelmässig mit 20 Grm. Salicysäure pro Hektoliter, den Wein ebenso mit 10 Grm. Salicylsäure pro Hektoliter. Auf diese Weise habe ich in Wasser, Wein und Bier jetzt neun Monate hindurch im Minimum täglich 1 Grm. Salicylsäure genossen. — Mein Gesundheitszustand ist vortrefflich, ich fühle mich wohler und kräftiger denn je und bin von dem Leiden, welches mich zum Gebrauche der Salicylwasser-Kur veranlasste — beim kleinsten Diätfehler Magenbeschwerden und in Folge davon Blasen im Munde und auf der Zunge, die mir häufig das Sprechen erschwerten — vollkommen befreit. Während der $^3/_4$ Jahre, als ich jene Salicylwasser-Kur gebrauche, ist dieses Uebel nicht ein Mal, selbst nicht nach starken Diätfehlern, wiedergekehrt. Der Genuss des Salicylwassers ist mir unentbehrlich geworden und scheint es sich damit ähnlich zu verhalten, wie mit dem Genusse spirituöser Getränke. Eine halbe Flasche Rum werden Wenige vertragen können, es wird aber nur Wenige geben, welche ohne Nachtheil für ihre Gesundheit nicht eine Flasche Wein oder Bier und mehr täglich konsumiren dürfen. Dabei sei zur Beruhigung starker Biertrinker bemerkt, dass, wer pro Tag 5 Liter Bier und damit bei einem Gehalte desselben an $^2/_{10}$ Prozent Salicylsäure 1 Grm. Salicylsäure konsumirt, in Wirklichkeit vielleicht nur den dritten Theil davon im ungebundenen Zustande geniesst, weil bei weitem die grösste Menge derselben von den phosphorsauren Alkalien im Biere gebunden wird. — Es ist beobachtet worden, dass nach dem Genusse grosser Dosen Salicylsäure, welche den an Gelenkrheumatismus Erkrankten verordnet werden, der Harn Eiweiss enthält. Mein Arzt, Herr Dr. Bahrdt in Leipzig, wünschte zu wissen, ob auch nach anhaltendem Genusse von täglich 1 Grm. Salicylsäure Eiweiss abgesondert werde, und empfahl mir desshalb, meinen Harn von Zeit zu Zeit zu untersuchen. Ich habe diese Prüfung häufig vorgenommen, aber niemals die geringste Menge Eiweiss darin nachweisen können. Derselbe ist dabei stets klar und enthält selbstverständlich mit Eisenchlorid leicht nachweisbare Mengen Salicylsäure. Auf Zusatz weniger Tropfen Eisenchlorid entsteht immer erst eine weisse Fällung von phosphorsaurem Eisenoxyde, mehr Eisenchlorid bewirkt sodann die bekannte violette Färbung". (Apotheker-Zeitung, 1878, Nr. 30.) —

Dr. Egli-Sinclair verbreitet sich im Schweizer Korr.-Bl. VII 17 über die Radikalbehandlung des veralteten reponiblen Gebärmuttervorfalles. In einer sehr lesenswerthen geschichtlichen Skizze bespricht er der Reihe nach den ersten Vorschlag einer operativen Behandlung von Mendé, die Episiorrhaphie Fricke's und ihre Verbesserung durch Malgaigne, welche von Credé, Baker-Brown und Linhart adoptirt wurde. Wie jene Verfahren, so liessen jedoch die Kolpo- oder Elytrorrhaphia, die Kolpodesmorrhaphia (Bellini, Blasius, Marhall-Hall) und die Kolporrhaphia anterior von Sims auf die Dauer im Stiche, während Huguier's Vorschlag, die Vaginalportion zu amputiren, sich eben nur auf jene Fälle beziehen kann, in denen dieselbe verlängert ist. Dagegen sind in neuerer Zeit drei Verfahren in Aufnahme gekommen: die Kolporrhaphia posterior (Simon), die Perineauxesis (Hegar) und die Kolpoperinaeoplastik (Bischoff). Verf. ist nur von der letzten Operation und ihren Resultaten vollständig befriedigt. Bischoff zu Basel operirte bis zum Frühjahre 1875 auf diese Weise 23 Frauen, von welchen eine starb und eine andere zwei Mal operirt werden musste. Noch nach fünf Jahren war der Erfolg ein kompleter. — Egli-Sinclair selbst führte zu Zürich die Bischoff'sche Kolpoperinaeoplastik bei einer 42jährigen Frau mit vollständigem Erfolge aus. Diese Operation gleicht am meisten der Langenbeck'schen Perinaeo-

synthese. Nach Entleerung von Blase und Darm wird die Patientin unter der Assistenz von vier Personen in Steinschnittlage gehalten und narkotisirt. Mit dem Scalpell wird die Anfrischungsfläche mit Einschluss eines an der hinteren Scheidenwand zu bildenden zungenförmigen Lappens vorgezeichnet. Die Basis des letzteren liegt etwa 5 Cm. oberhalb der hinteren Kommissur der Vulva. Von dieser Basis wird beiderseits ein Schnitt bis in die Höhe der Mitte der kleinen Schamlefzen geführt. Die Anfrischung beginnt sodann in dem Winkel zwischen der Basis des Lappens und dem gegen die Mitte der kleinen Labien geführten Schnitte, wobei der linke Zeigefinger in den Mastdarm eingeführt wird. Von hier wird die Anfrischung bis in die Gegend der grossen Schamlippen und deren hinterer Kommissur fortgesetzt, am besten immer mit dem Scalpellstiele; dann wird der zungenförmige Lappen von der Unterlage abgehoben und nach oben geschlagen. Etwa getroffene Venen werden in Matthieu'sche Pinces-artères gelegt. Der zungenförmige Lappen besteht nicht nur aus Scheidenschleimhaut, sondern auch noch aus einer dicken Lage submukösen Zellgewebes. Schliesslich sind die grossen Lefzen und deren hintere Kommissur anzufrischen. Die ersteren werden zwischen den Branchen einer Klammer eingehackt und mit sägeförmigen Messerzügen abgetragen. Nach Reinigung der Wundfläche mit 10 proz. Karbolöle wird die Naht angelegt, welche die Vereinigung der Seitenränder des zungenförmigen Lappens mit den von dessen Basis gegen die kleinen Labien zielenden Wundrändern bezweckt; 6—8 Katgutnähte genügen jederseits. Hierauf wird die jetzt tief trichterförmige Dammwunde durch 5—6, in Abständen von 1 Cm. möglichst tief durchgeführte und recht fest geschnürte Silbernähte geschlossen. In die Scheide wird ein kleiner Karbolöltampon eingelegt und durch eine T-Binde fixirt. Bei stärkerer Blutung genügt Manualkompression. Nach 24 Stunden entfernt man den Tampon, die Nähte jedoch erst nach 10—14 Tagen: Durch die Operation wird ein 5—6 Cm. langer, vorne 1 Cm. und hinten 4—5 Cm. dicker Damm gebildet, das untere Ende der Scheide stark nach vorne umgebogen, bedeutend verengt. — Verfasser kennt 5 Fälle, in welchen nachträglich eine Geburt stattfand und zwar in dreien ohne Verletzung, in einem mit einem Risse zweiten Grades und in einem weiteren Falle mit einem Centralrisse des Dammes.

In „weiteren Beiträgen zur Entstehungsgeschichte der Endokarditis" wahrt sich Prof. E. Klebs die Priorität für die Lehre, dass das ganze Gebiet der für gewöhnlich als rheumatisch bezeichneten Erkrankungen und insbesondere die rheumatische Endokarditis in letzter Ursache auf der Einwirkung von Spaltpilzen beruhe, die er als „Monadinen" bezeichnet hat, und zwar thut er dies mit Rücksicht auf die vorstehend kurz wiedergegebene Abhandlung Köster's, in welcher nur für die ulceröse oder malignen Endokarditisformen ein Zusammenhang mit Mikrokokken wirklich erwiesen sei, und in welcher der früheren Mittheilungen des Verfassers keinerlei Erwähnung geschehe. — In seiner ferneren Darlegung verlässt Klebs nun den bisher von anderen Autoren innegehabten pathologisch-anatomischen Standpunkt, er lässt keine akute und chronische, keine verruköse oder diphtherische, keine gutartig ulceröse und maligne Endokarditis mehr gelten, sondern unterscheidet vom rein ätiologischen Standpunkte aus zunächst zwei Hauptgruppen von Herzklappenerkrankungen, die monadistische und die septische Form. Die erstere umfasst alle bisher als auf rheumatischer Grundlage entstanden gedachten Formen, ohne Rücksicht auf die Variationen des pathologisch-anatomischen Befundes; die letztere jene malignen Endokarditiden, welche septischen Mikrokokken ihre Entstehung verdanken. — Zum Beweise, dass wirklich jedwede Endokarditis auf Grund der Einwanderung und Ansiedelung kleinster Organismen entstehe, gibt Verfasser Sektionsprotokolle, mikroskopische Befunde und Abbildungen, welche sämmtlich in den verdickten und anderweitig veränderten Herzklappen massenhafte Monadinen-Einlagerungen ergeben, und fügt hinzu, dass — ausser den mitgetheilten — alle anderen von ihm und Eppinger untersuchten Fälle gleiche Ergebnisse geliefert haben. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellt er fest, dass die Spaltpilze gelegentlich an Stellen des Klappengewebes unterhalb thrombotischer Auflagerungen gefunden werden, an welchen keine Spur von Zellenproliferation wahrzunehmen ist, und schliesst daraus, „dass die Invasion der Spaltpilze die primäre Veränderung ist; erst im weiteren Verlaufe des Prozesses macht sich die Zellenthätigkeit geltend und modifizirt dann allerdings in sehr erheblicher Weise das pathologisch-anatomische

Bild". — Seine Auffassung über den Weg, auf welchem die Mikro-Organismen in das Klappengewebe gelangen, weicht sehr entschieden von derjenigen ab, für welche Köster auf Grund eines von ihm beschriebenen Falles einsteht. Klebs nimmt den grossen Blutstrom als Fortbewegungsmittel für die Monadinen an, er hält die Klappen desswegen für so bevorzugte Stellen der Ansiedelung, weil durch das sehr heftige Zusammenschlagen dieser Theile sehr leicht aufgelagerte kleinste Theilchen festgedrückt, vielleicht sogar in die Substanz der Endotelien hineingepresst werden, und er entgeht somit den heiklen Fragen, welche Köster mit der Theorie des embolischen Beginnens der Invasion nicht ungezwungen zu erklären vermochte. (Arch. f. exper. Pathol. u. Therapie, 1878, Bd. IX.) —

Auf der 51. Naturforscherversammlung zu Kassel, Sektion für innere Medizin, sprach Prof. Eckstein aus Göttingen „über die Inkontinenz des Pylorus, d. h. über das Unvermögen desselben, den Magen vom Darme sicher abzuschliessen". Der Magen ist nach Angabe des Vortragenden normalerweise im Anfange der Verdauung geschlossen; erst allmählig gegen Ende der Magenverdauung erschlafft der Pylorus und dann erfolgt zuerst der Durchtritt dünnerer und nachher der Durchlass festerer Speisetheile durch den Pylorus. Eckstein benützt zu dem Nachweise, dass der Pförtner des Magens schlussfähig sei, die Anfüllung des letzteren mit Kohlensäure. Dieselbe wird dadurch bewirkt, dass man einen Erwachsenen eine Quantität von 5—6 Grm. doppelkohlensauren Natrons und vorher die entsprechende Menge Weinsäure in wenig Wasser nehmen lässt. Ist der Pylorus schlussfähig, so bläht sich der Magen allein auf, was sich durch die Untersuchung in der Regel leicht erkennen lässt; ist jener aber inkontinent, so tritt die Kohlensäure sofort durch ihn in den Darm und es entsteht eine akute Tympanie des ganzen Darmes, während die Abgränzung des Magens, welche im ersteren Falle meist überaus leicht und einfach ist, im letzteren Falle schwer, ja unmöglich werden kann. Vortragender hat sich durch Versuche an Hunden davon überzeugt, dass der Pylorus im normalen Zustande nach Anfüllung des Magens mit Kohlensäure keine Spur derselben in den Darm übertreten lässt und dass dieser absolute Verschluss vollkommen aufhört, sobald man die Muskulatur des Pylorus durchtrennt. Er hatte Gelegenheit, bis jetzt zwei Mal die Diagnose einer „Inkontinenz" des Pylorus durch die Leichenöffnung verifizirt zu sehen. In beiden Fällen handelte es sich um Pyloruskrebse, in dem ersteren derselben um eine Kombination von Pylorusstenose und Inkontinenz, in dem anderen um eine reine Inkontinenz, bedingt durch geschwürige Zerstörung des Pylorus. Von 6 anderen Fällen, bei welchen ebenfalls eine Pylorus-Inkontinenz diagnostizirt wurde, waren 5 höchst wahrscheinlich Pyloruskrebse, beim sechsten Falle liess sich dies nicht so sicher ausweisen. Auch bei jeder anderen Erkrankung des Pylorus, z. B. bei geschwüriger Zerstörung desselben, beim einfachen Ulcus corrosivum ventriculi wird sich dasselbe ereignen können. Das Vorhandensein einer Inkontinenz des Pylorus lässt also einen Rückschluss auf eine bestimmte Erkrankung desselben nicht machen, vielmehr muss besonders betont werden, dass zur Erzeugung der Inkontinenz des Pförtners kein grob anatomisch nachweisbares myopathisches Substrat an der Pylorus-Muskulatur vorhanden zu sein braucht, sondern dass auch nervöse Ursachen, wie sie Krampfzustände des Magens bedingen, eine Inkontinenz des Pylorus veranlassen können. Eckstein macht darauf aufmerksam, dass sich in dieser Weise so manche Fälle von akuter Tympanie hysterischer Personen erklären lassen werden. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 26. Okt. 1878.)

Einen Beitrag zur Therapie des Mastdarm-Vorfalles bei Kindern liefert Dr. Settimio Bavesi in der Wiener mediz. Presse, 1878, Nr. 37. Leichte, kurz bestehende Vorfälle behandelt derselbe nach Forster mit Touchirung mittelst Lapisstiftes und darauffolgender Reposition, bei länger bestehenden bringt er einen Heftpflasterverband an, welcher die Defäkation nicht wie die sonst üblichen Verbände mit der T-Binde hindert, beziehungsweise nicht abgenommen zu werden braucht, sondern 10—15 Tage, wenn gut ausgeführt, liegen bleiben kann. Das Kind wird hierzu in die Bauchlage gebracht, eine Wärterin fixirt den Oberkörper, eine andere erhebt die leicht abduzirten Kniee etwas über das Bett; so wird die Reposition ganz leicht, weil das Kind die Bauchpresse nicht wirken

lassen kann. Am rechten Bettrande stehend presst nun der Arzt mit der linken Hand die Hinterbacken fassend dieselben an einander und legt mit der rechten vom Perinäum anfangend anderthalb finger-breite Heftpflasterstreifen von Trochanter zu Trochanter quer über die Hinterbacken und sich dachziegelförmig deckend von unten nach oben an; darüber kömmt eine 2- bis 3-finger-breite Leinwandbinde in doppelter Spica auf dem Rücken verschlungen und unter dem Verbande eine Art Manschette von Guttaperchapapier, um die Beschmutzung bei der Kothentleerung zu verhindern. Bei Diarrhoe sind Klystire mit Tannin, Eiswasser etc., bei Verstopfung erweichende Klystire zu geben, allerdings nicht leicht auszuführen bei zusammengepressten Hinterbacken; bei seitlicher Lage des Kindes mit rechtwinkelig gebeugten Schenkeln und Berücksichtigung der Lage des Afters, d. h. in der Mitte einer zwischen den Tubera ossis ischii gezogenen Linie — jedoch ohne besondere Schwierigkeit. — Ueber den Mastdarm-Vorfall, dieses bei Kindern häufig vorkommende Leiden, erwähnt ferner Prof. A. Jacobi, Dirigent der Kinderklinik zu New-York, in der Philad. med. Times vom 14. Sept. 1878, Nr. 282 Folgendes: „Sobald der Mastdarm nach der Defäkation häufiger hervortritt, bilden sich an seinen Wänden Veränderungen, indem die Follikel anschwellen, die Schleimhaut sich verdickt, Abstossung und Neubildung des Epitels stattfinden. Es erfolgt dann übermässige Schleimbildung und durch den häufigen Austritt eine Lähmung der Schliessmuskeln. Bisweilen schwillt der After nach dem Hervortreten an und ist schwer wieder hineinzubringen, zumal wenn, selbst ganz geringe, Blutungen eintreten. In frischen Fällen genügt oft eine Einspritzung von Eiswasser, um Reposition zu bewirken, bisweilen auch ein Zusatz von Alaun oder Zink. Bei längerer Dauer empfiehlt sich die Anwendung von Höllenstein in grösserer oder geringerer Konzentration. Welche Lösung man aber auch nimmt, so ist es rathsam, bald darauf eine Kochsalzlösung anzuwenden, um etwa eintretendem Tenesmus vorzubeugen. In hartnäckigen Fällen leistet das Glüheisen gute Dienste und wenn Lähmung des Schliessmuskels bemerkt wird, reiche man Tinct. nuc. vomic. oder kleine Gaben Strychnin. — Wo der Arzt die Kranken unter seiner Kontrole hat, wie in Krankenhäusern, da lässt sich am schnellsten ein Resultat mit subkutanen Einspritzungen von 0.01 Strychnin. nitric. täglich erzielen. Jedenfalls muss der Arzt behufs der Heilung des Leidens darauf achten, dass die Kinder breiige Stuhlgänge haben und ist es daher nothwendig, ihnen jeden Abend und Morgen ein Kaltwasserklystir zu geben. Ausserdem räth Jacobi, noch eine Salbe von Extr. nuc. vomic. 0.3 auf 30 Adeps, auf die kranken Theile einzureiben, wenn der Austritt des Darmes erfolgt ist. —

Dr. Hans v. Wyss („Ueber Wundheilung der Hornhaut"; Virchow's Arch., Bd. LXIX 1 p. 24) hat nachgewiesen, dass nach nicht penetrirenden Schnittwunden der Hornhaut die Wundspalte binnen 24 bis 48 Stunden völlig geschlossen ist. Und zwar ist dieser Schluss nicht durch Aneinanderlöthung der Ränder erfolgt, sondern durch einen konischen, später kolbigen Epitelzapfen. Dieses Epitel ist aber nicht etwa mechanisch bei der Verletzung in die Wundspalte hineingerissen worden, wie Güterbock glaubte, sondern es ist eine Neubildung von Epitelzellen; den Ausgangspunkt der Wucherung bilden die zylindrischen Zellen der untersten Epitelschicht der Hornhaut. Das Hornhautgewebe selbst ist demnach bei dem Schlusse nicht penetrirender Wunden ganz unbetheiligt. Hat man vor dem Schnitte das Epitel abgeschabt und macht die Inzision in das blossliegende Hornhautgewebe selbst, so bleibt die Wundspalte klaffend und zwar so lange, bis die Neubildung auf der Oberfläche bis an die Wundränder heran erfolgt ist. — Bei penetrirenden Schnittwunden wird ungefähr $^1/_2$ bis $^3/_4$ der Wundtiefe von dem Epitel der vorderen Fläche geschlossen; der Rest der Wunde, welcher der vorderen Kammer zugekehrt ist, bleibt trichterförmig klaffend, da sich die Descemet'sche Haut einrollt, ohne dass deren Epitel zur Füllung der Spalte etwas beiträgt. Die Ausfüllung wird schliesslich bewirkt durch eine formlose Masse, welche als Fibrin anzusehen ist, das durch den Einfluss des regenerirten Kammerwassers auf die blossgelegte Hornhautsubstanz sich abgeschieden hat. —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

ro. 48. *Erlangen*, am 30. November 1878.

Vöchentlich Bogen von Quartseiten. eis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

halt. Fälle von Uebertragung der Tuberkulose auf Kinder durch eine phthisische Hebamme. Ueber Gastrotomie. Zur Lehre von der Tenonitis. Ueber Finger-Kontraktur. Ulcus corneae rodens. Gegen Pruritus vulvae et vaginae. Kontraktionsphänomene des Extensor quadriceps. Ueber systolische Pulsation in der Leber. Erfolgreiche Gastrotomie bei Darmverschluss. Grundsätze der Abnabelung. Ueber innere Athmung im Blute der Placenta. Wirkungen des Pylocarpinum muriaticum.

Dr. Hubert Reich, Bezirksarzt zu Müllheim, hatte in Neuenburg im Breisgau Gelegenheit, die Uebertragung der Tuberkulose auf eine Anzahl Kinder durch eine phthisische Hebamme, und zwar auf direktem Wege von Mund zu Mund, zu beobachten. — 1. Beobachtung: Am 24. Nov. 1875 entband Verfasser in Neuenburg (einem Städtchen mit etwa 1300 Einwohnern) Frau E. wegen Querlage des Kindes mittelst Wendung und Extraktion von einem kräftigen Knaben. Während er die Gebärmutter wegen eingetretener Nachblutung überwachte, sah er, dass die Hebamme (welche seit dem Winter 1874/75 brustleidend war und am 23. Juli 1876 an — einer schon im Juli 1875 physikalisch nachgewiesenen — Phthisis starb) dem leicht asphyktischen Kinde durch Aussaugen mit ihrem Munde den Schleim aus den ersten Wegen zu entfernen und durch nachfolgendes Einblasen von Luft, ebenfalls mit ihrem Munde, die Athembewegungen des Kindes stärker anzuregen versuchte. Das Kind athmete bald kräftiger, schrie und bewegte sich munter. Schon damals dachte Reich daran, ob nicht dieses direkte Einblasen der Luft durch die phthisische Hebamme dem Kinde gefährlich werden könnte, und erfuhr er auf seine Frage, ob die betreffende Hebamme öfter diese Prozedur vornehme, dass dies allerdings der Fall sei. — Das Wochenbett verlief günstig, das Kind schien in den ersten drei Wochen zu gedeihen, bot wenigstens keinerlei Erscheinungen von Unwohlsein dar; dann fing es an zu kränkeln, wurde blass, magerte ab, fieberte zeitweise, hustete auch öfter; die Untersuchung der Brust ergab die Zeichen eines Bronchialkatarrhes. Auch die Verdauung wurde gestört, zeitweise trat Erbrechen ein und Diarrhoe wechselte mit Verstopfung. Das Kind wurde unruhiger, schrie viel, bohrte mit dem Kopfe in das Kissen; Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Aufwärtsrollen der Augen, konvulsivische Zuckungen der Extremitäten, Kontraktionen der Nackenmuskeln, ungleicher Puls und Respiration, schliesslich komatöser Zustand liessen an dem Vorhandensein einer Meningitis tuberculosa nicht zweifeln. Das Kind starb am 22. Febr. 1876. Dessen Aeltern sind gesund und ist eine erbliche Anlage zu Tuberkulose in der Familie nicht vorhanden. — 2. Beobachtung: Am 24. Mai 1876 starb das am 10. August 1875 geborene Kind Elise S. nach dreiwöchentlicher Krankheitsdauer an Meningitis tuberculosa unter denselben Krankheitserscheinungen und ebenfalls mit einem prodromalen Stadium katarrhalischer Bronchitis. — 3. Am 7. Juni 1876 starb ferner das am 7. Februar desselben Jahres geborene Kind Anna K. nach dreiwöchentlicher Krankheitsdauer ebenfalls an Meningitis tuberculosa und unter den gleichen Erscheinungen, wie sie in den beiden anderen Fällen vorkamen. — Die Mütter sämmtlicher drei Kinder waren von der oben erwähnten tuberkulösen Hebamme entbunden worden. Dieses häufigere Vorkommen von tuberkulöser Meningitis war,

zumal in den drei Fällen die Aeltern gesund waren, somit tuberkulöse Anlage fehlte und die Krankheit unter ganz gleichen Symptomen und einleitenden bronchitischen Erscheinungen verlief, auffallend, musste aber noch mehr auffallen, als der inzwischen in Neuenburg sich niedergelassen habende Arzt Haness, ohne von den früheren Fällen zu wissen, gelegentlich dem Verf. die Mittheilung machte, dass er mehrere Kinder in Neuenburg an Meningitis tuberculosa verloren habe. Hierdurch aufmerksam gemacht, revidirte Reich die Sterbescheine der im Jahre 1876 und auch in der zweiten Hälfte des Jahres 1875 verstorbenen Kindern bezüglich der letzten Krankheiten und Todesursachen, verifizirte durch Erhebungen bei den behandelnden Aerzten und den Angehörigen die in den Sterbescheinen angegebenen Diagnosen und verglich hiermit die Tagebücher der beiden in Neuenburg praktizirenden Hebammen. Dabei kam er zu folgendem Ergebnisse: Ausser den oben verzeichneten drei Fällen waren an Meningitis tuberculosa noch sieben weitere Kinder — darunter fünf Mädchen — innerhalb des ersten Lebensjahres gestorben und zwar nach einer Krankheitsdauer von 1—4, vorwiegend jedoch von 3 Wochen. Diese sämmtlichen 10 an Meningitis tuberculosa gestorbenen Kinder sind von der mehrerwähnten Hebamme entbunden worden und zwar innerhalb des Zeitraumes, in welchem dieselbe an den ausgesprochenen Erscheinungen vorgeschrittener Lungenschwindsucht litt, während unter den in der gleichen Zeitperiode von der zweiten Hebamme des Ortes entbundenen Kindern kein einziges an tuberkulöser Meningitis oder irgend einer den Verdacht auf Tuberkulose zulassenden Krankheit gestorben ist. — Es wurde ferner durch zahlreiche Erhebungen bei den Einwohnern Neuenburgs, besonders bei den Frauen, die übereinstimmende Mittheilung festgestellt, dass die betreffende Hebamme nicht nur die Gewohnheit hatte, bei den neugeborenen Kindern den im Munde derselben angesammelten Schleim durch Aussaugen mit ihrem Munde zu entfernen, sondern dass sie auch in auffallender Weise mit den Kindern „närrisch“ gewesen, d. h. dieselben zu küssen und zu herzen gewohnt gewesen sei. — „Fassen wir“, sagt Reich, „die Ergebnisse der gemachten Beobachtungen zusammen, so lassen sich als unzweifelhaft folgende Thatsachen feststellen: 1) In der Zeit vom Juli 1875 bis Sept. 1876 erkrankten und starben in Neuenburg an Meningitis tuberculosa 10 Kinder, welche innerhalb des Zeitraumes vom April 1875 bis Mai 1876 geboren worden waren. 2) Bei sämmtlichen 10 Kindern war eine erbliche Anlage zur Tuberkulose nicht vorhanden. 3) Sämmtliche 10 Kinder wurden von der phthisischen Hebamme entbunden. 4) In der Praxis der gesunden Hebamme starb in diesem gleichen Zeitraume kein einziges Kind an tuberkulöser Meningitis oder einer anderen tuberkulösen Krankheit. 5) Die kranke Hebamme litt an Lungenphthisis; im Juli 1875 wurde das Vorhandensein von Kavernen und von eiterig-jauchigen Sputa festgestellt; am 23. Juli 1876 erlag sie der Krankheit. 6) Diese Hebamme hatte die Gewohnheit, bei neugeborenen Kindern den Schleim aus den ersten Wegen durch Aspiration mit ihrem Munde zu entfernen, auch bei leichten Graden von Asphyxie Luft einzublasen und überhaupt die Kinder in einer Weise zu behandeln, welche die Möglichkeit einer Mittheilung ihrer Exspirationsluft in die Lungen der Kinder wahrscheinlich macht. 7) Bei den von mir beobachteten drei Fällen von Meningitis tuberculosa debütirte die Krankheit mit Erscheinungen von Bronchitis. 8) Die Meningitis tuberculosa ist keine in Neuenburg endemische Krankheit. In den neun Jahren 1866—1874 — unter 92 im ersten Lebensjahre gestorbenen Kindern — sind nur zwei an tuberkulöser Meningitis gestorben, im Jahre 1877 unter 12 im ersten Lebensjahre gestorbenen Kindern nur eines, welches jedoch von tuberkulösen Aeltern abstammte. — Auf Grund dieser Thatsachen kann nicht angenommen werden, dass hier ein zufälliges kumulirtes Auftreten von Meningealtuberkulose, wie solches schon von Virchow beobachtet wurde, vorliegt, sondern es weisen dieselben mit aller Evidenz auf eine bestimmte gemeinsame Quelle und Entstehung hin, als welche allein die von der phthisischen Hebamme ausgehende direkte Infektion angesehen werden muss. — Die Ansicht, dass die Tuberkulose eine ansteckende Krankheit sei, ist nicht neu und wurde schon von Morgagni und Anderen ausgesprochen, doch sind diese Angaben zu vereinzelt und nur auf wenige Beobachtungen und Annahmen gestützt. Eine Beobachtung wie die vorliegende steht bis jetzt einzig da. Ich bin mir zwar wohl bewusst, dass dieselbe in mehrfacher Beziehung Lücken und Mängel hat; es fehlen genaue Krankheitsgeschichten, es fehlen insbesondere Sektionsnachweise, nicht als ob an der Diagnose der Meningitis tuber-

culosa ein Zweifel bestände, da die Krankheitsbilder zu bestimmt und charakteristisch waren und ausser mir noch von anderen Aerzten beobachtet wurden, sondern desshalb, weil es vielleicht möglich gewesen wäre, aus den Sektionsergebnissen die Etappenwege nachzuweisen, auf welchen das Tuberkelgift innerhalb der meist dreimonatlichen Inkubationszeit in den kindlichen Organismus bis zu den Gehirnhäuten vorgedrungen war. — Nicht allein die grosse Bedeutung der beobachteten Thatsachen, nicht allein die auf der vorjährigen Naturforscher-Versammlung zu München gepflogenen interessanten Verhandlungen, welche mit der infektiösen Natur der Tuberkulose sich beschäftigten, ferner die von Collegen an mich ergangenen Aufforderungen zur Veröffentlichung, sondern hauptsächlich eine Reihe von seit obiger Beobachtung gemachten Erfahrungen, welche die Ansteckungsfähigkeit der Tuberkulose mir bestätigten und demnächst veröffentlicht werden sollen, liessen mich — der Mängel ungeachtet — mit der Publikation der in Neuenburg gemachten Beobachtungen nicht länger zögern. Ich zweifle auch, ob so bald wieder ein Zusammenfluss von Momenten, welcher eine derartige Entstehung und Beobachtung von Tuberkelinfektion begünstigen könnte, ob eine Reihe solcher wirklich von der Natur unbewusst — und zwar nicht an unzuverlässigen Versuchsthieren — sondern an Menschen selbst gemachter Experimente erwartet werden kann. Sicherlich liegt darin ein bedeutsamer und wichtiger Fingerzeig für die experimentelle Pathologie über die Art und Weise, in welcher künftig mit den Versuchen, auf künstlichem Wege durch Impfung oder Inhalation Tuberkeln zu erzeugen, vorzugehen sein wird. So viel ist wohl jetzt schon daraus zu abstrahiren: 1) dass man vorerst die Inhalationsversuche an neugeborenen oder nur ganz jungen Thieren macht, bei welchen die Aufnahmebedingungen für das Tuberkelgift in die Lungen besonders günstige zu sein scheinen; 2) dass man nur ein oder wenige Male die Versuchsthiere einer möglichst direkten und energischen Inhalation des Giftes aussetzt und sie dann unter guter Pflege weiter leben lässt, um eine möglichst reine Beobachtung der Einwirkung und Weiterverbreitung des Tuberkelgiftes zu erhalten; 3) dass man als Träger des Giftes den möglichst frischen Inhalt von eiterig-jauchigen Kavernen tuberkulöser Lungen wähle, wenn nicht die Möglichkeit zu direkter Inhalation von Mund zu Mund gegeben ist. Erst wenn auf diesem Wege genauere Kenntnisse und Erfahrungen über die Tuberkelinfektion gewonnen sein werden, werden die Bedingungen zu erforschen sein, unter welchen auch bei älteren erwachsenen Thieren das Tuberkelgift einen günstigen Kulturboden zur Weiterentwicklung findet. — Es ist meine feste Ueberzeugung, dass auf diesem Wege grosse und sichere Resultate sich erzielen lassen werden; dass, wenn der Erforschung der ätiologischen Verhältnisse der Tuberkulose in gleichem Maasse wie bisher der physikalischen Diagnostik das Studium der Aerzte sich zuwenden wird, dass dann die Wissenschaft zur Erkenntniss der Natur dieser vielverheerenden Krankheit fortschreiten und die Zeit nicht ferne sein wird, wo die infektiöse Natur der Tuberkulose von den Aerzten ebensowenig bezweifelt werden wird, als heutzutage ein Arzt die infektiöse Natur der Puerperalfieber bezweifelt". (Allg. mediz. Centralzeitung, 1878, 26. Okt., Nr. 86.) —

Folgenden Fall von Gastrotomie erzählt Dr. Otto Riesel in der deutschen mediz. Wochenschrift IV 1878 Nr. 18—19: Veranlassung zur Operation gab eine karzinomatöse Striktur des Oesophagus, nachdem bereits zwei Monate vorher Perforation des letzteren, Pneumonie des rechten Unterlappens und Bildung einer mit dem Oesophagus einer- und mit erweiterten Bronchien andererseits kommunizirenden Höhle im verdichteten Lungengewebe zu Stande gekommen war. Die Sondirung war für den Kranken so quälend geworden, dass man, da sie ohnehin höchst bedenklich erschien, schliesslich von ihr abstehen musste; die Kachexie hatte bereits den höchsten Grad erreicht. Ernährung durch den After (auch mit Leube's Solution) war von so unzureichendem Erfolge, dass zwei Tage, nachdem das Sondiren ausgesetzt worden war, dem Drängen des verzweifelnden Kranken mit Widerstreben nachgegeben und am 9. November 1877 die Gastrotomie ausgeführt wurde. Unter Karbolspray ward ein Schnitt gemacht nach Verneuil's Methode, parallel dem linken Thoraxrand. Nach Spaltung des Bauchfelles gelangte der Finger sofort an den unteren Rand der Leber und, von diesem aus auf die hintere Fläche derselben fortschreitend, zur Anheftungsstelle des kleinen Netzes und von hier abwärts zu dem stark zusammengezogenen, der Wirbel-

säule anliegenden Magen, welcher an der Dicke seiner Wandungen, am Fehlen der dem Kolon eigenthümlichen Längsmuskelbänder und an der eigenthümlichen Anordnung der Venen an den Kurvaturen erkannt wurde. Der hervorgezogene Magen wurde durch dichte Seidennähte mit den Wundrändern vereinigt, seine Eröffnung wegen des stets heftigen Hustens auf die Zeit fester Verwachsung in der Bauchwunde verschoben und ein Listerverband angelegt. Zwei Tage später wurde die mit der Haut fest verklebte Magenwand zwei Centimeter weit eingeschnitten und ein fingerdickes Drainrohr mit Katgutnähten in der Wunde befestigt. Es konnten durch dasselbe kaum mehr als 100 Grm. Flüssigkeit auf einmal und nicht häufiger als alle zwei Stunden eingebracht werden, ohne dem Kranken Unbehagen zu verursachen. Derselbe kollabirte mehr und mehr und starb am 15. November — also 6 Tage nach der Operation, an völliger Erschöpfung. — Die Obduktion zeigte, dass der Tod mit der Operation in keinem ursächlichen Zusammenhange stand; die durch letztere bedingte Bauchfellentzündung beschränkte sich auf die unmittelbare Umgebung der Wunde und war eine rein adhäsive. Die durch sie herbeigeführte Verlöthung des Magens mit der vorderen Bauchwand wurde von den heftigen Hustenanfällen nicht beeinträchtigt, vor ihrer Vollendung hatten die eingelegten Seidennähte in gleicher Weise erfolgreich widerstanden. Desshalb erscheint Riesel die von ihm eben der Hustenanfälle wegen gebrauchte Vorsichtsmassregel, die Eröffnung des Magens nicht unmittelbar der dichten Vernähung in die Bauchwunde folgen zu lassen, nachträglich überflüssig, ja sogar schädlich, insoferne sie den Beginn der Ernährung durch die Magenfistel verzögerte; zwei gewonnene Tage hätten die Prognose weit günstiger stellen können. Für den sichersten Wegweiser zum Magen hält er den unteren Rand, beziehungsweise die hintere Fläche der Leber, von welcher aus der Finger, das Fehlen von Verwachsungen vorausgesetzt, von selbst auf den Magen stossen muss. —

Zur Lehre von der Tenonitis schreibt Prof. Schiess-Gemuseus: Die Entzündung der Kapsel des Augapfels kommt sowohl als Komplikation einer Panophthalmitis oder einer Entzündung des retrobulbären Zellgewebes vor, als auch primär und für sich allein auftretend. Im Nachstehenden ist nur von der selbstständigen, primären Form die Rede. Dieselbe kann sich spontan, häufiger aber nach einem Trauma, entwickeln. In letzterer Beziehung sind es namentlich stumpfe, den Bulbus von vorne treffende, denselben aber nicht sprengende Körper, die eine Tenonitis erzeugen. Starkes Bindehautödem und Beweglichkeitshemmung des Bulbus sind die beiden wesentlichsten Erscheinungen dieser Affektion. Verf. theilt fünf Beobachtungen mit, welche wir nachstehend kurz wiedergeben: 1) Anspringen der Kugel einer Windbüchse; Tags darauf linksseitiges Oedem der Bindehaut, so dass die Falten wie kleine Säcke zwischen der Lidspalte sich vorwölbten; der Bulbus nach Innen schwer beweglich, etwas vorgetrieben. In der Vorderkammer geringer Bluterguss, späterhin auch Glaskörperblutung. Behandlung besteht in Atropin, Skarifikationen, Schnürverband, Rückenlage im Dunkelzimmer. Die Tenonitis bildete sich nach einigen Tagen zurück, aber die inneren Störungen führten schliesslich zu Phthisis bulbi. — 2) Spontane Entstehung im Verlaufe von Zahnschmerzen. Starke Protrusion des Bulbus und Erblindung binnen wenigen Tagen unter sehr heftigen Schmerzen. Von einem anderen Arzte war eine Iridektomie gemacht worden. Binnen 14 Tagen waren die Symptome der Tenonitis nahezu verschwunden, aber das Sehvermögen blieb verloren. — 3) Entzündung nach einer Schieloperation bei einem jungen Mädchen, welches ausser an Rheumatismus und Perikarditis auch an Pleuritis, Kystitis und Nephritis gelitten hatte. Die starke Reaktion trat schon am Abend nach der Operation ein. Die Schwellung der Bindehaut und Vorwölbung des Bulbus steigerten sich vier Tage lang, dann gingen sie binnen fünf Tagen wieder zurück. An der Operationsstelle hatte sich ein Abszess gebildet. Vollständige Heilung ohne Sehstörung wurde erzielt. — 4) Anschlagen eines Baumastes. Symptome wie im ersten Falle. Gleichzeitig starke Lidschwellung. Dauer der Entzündung fünf Tage. Von der traumatischen Iritis, welche nebenher verlief, waren einige hintere Synechieen zurückgeblieben. — 5) Chronische Tenonitis mit Ausgang in Eiterung. Wiewohl die diffuse Abszedirung mehrfach geöffnet wurde, erfolgte doch Durchbruch der Sklera. Die Bindehaut stiess sich theilweise los. Während nach zwei Monaten gute Granulationen die Heilung hoffen liessen, trat unerwartet

ine Meningitis auf, welche rasch den Tod erbeiführte. Die Sektion wurde nicht vorenommen. (Monatsbl. f. Augenheilk. XVI 878 Juli p. 305.) —

Die Finger-Kontraktur Dupuytren's ah W. Adams niemals bei Frauen, sondern ur bei Männern mittleren und vorgeschrittenen Alters; meist war der vierte Finger — nach anderen der fünfte — ergriffen, in der Regel auch etwas der dritte und fünfte, bisweilen der fünfte allein. Bei diesem Leiden sind die Gelenke, Bänder, Sehnen und Sehnenscheiden normal; die Anomalie kommt nur, wie Dupuytren zuerst erkannte, durch bandartige Verkürzung und Kräuselung der Fasern der Palmarfascie zu Stande. Der Zufall bot Adams Gelegenheit, diese Beobachtung zu bestätigen: Einem Herren mit idiopathischer Kontraktur des 4. und 5. Fingers wurde durch ein wildes Pferd die betreffende Volarfläche quer aufgerissen; A. sah sogleich den Kranken. Die Palmarfascie war quer durchtrennt, die Sehnen und Sehnenscheiden unverletzt; nachdem eine Anzahl zerrissener Fetzen entfernt und die Finger gestreckt waren, stellte sich die anfangs quere Wunde fast perpendikulär; gute Heilung, normale Fingerstellung, gute Funktion liessen nicht lange auf sich warten. Eine lokale Ursache des Leidens — wie Arbeiten mit Handwerkszeug — will Adams nicht annehmen; er glaubt vielmehr mit Paget, dass als konstitutionelle Ursache die Gicht und zwar deren rheumatische Form, welche mehrere Gelenke befällt, anzusehen ist; dafür spricht ihm, dass die Erkrankung vorwiegend Leute der besseren Stände und vorwiegend die linke Hand betrifft, dass ferner Erblichkeitsverhältnisse in Frage kommen — er sah sie mehrfach bei Vater und Sohn, ebenso bei Brüdern. Mit Bezug auf die Behandlung verwirft er die heroïsche Durchschneidung der verkürzten und verdickten Fasern mittelst einer oder mehrerer in der Palma angelegter Wunden (Dupuytren, Goyrand), auch die Lappenbildung nach Busch, und will allein die ausreichende subkutane Durchtrennung der Fasern mittelst feinem Tenotome ausgeführt wissen. An dem einzelnen Finger reichen 3—4 Durchtrennungen aus; zuerst durchtrennt er die am weitesten nach hinten gelegene Stelle, dann die am nächsten nach vorne belegene und zuletzt die dazwischen befindlichen Stellen. Die flachen Durchschneidungen werden von aussen nach innen gemacht, jede Stichstelle wird sogleich mit einem kleinen Wattepfropf bedeckt; sind mehrere Sehnen durch diese falschen Bänder fixirt, dann werden die anderen — Adams will nicht mehr als 6 Durchtrennungspunkte in einer Sitzung benutzen — später vorgenommen. Gleich nach der Operation wird der oder werden die Finger gerade gestreckt und auf volarer Schiene befestigt, der Verband alle vier Tage erneuert und drei Wochen lang bei Tag und Nacht getragen. Besteht nach dieser Behandlung noch an irgend einer Stelle irgend eine Neigung zu Kontraktur, so ist kein Rückfall erfolgt, sondern es sind einzelne übersehene Fasern nicht durchtrennt. Der subtilen und vorsichtigen Ausführung wegen wird die Narkose angerathen; lokale Anästhesie durch Aetherspray ist unzweckmässig, weil die Haut zu hart wird und die anatomischen Details sich verwischen. (Brit. med. Journ., 1878, Vol. I.) —

Das „Ulcus corneae rodens" ist nach Theodor Koll (Inaugural-Dissertation, Bonn 1878) eine zum Glücke sehr seltene Form chronisch fortschreitenden Hornhautzerfalles. Es ist zuerst von Mooren in seinen „ophthalmiatrischen Beiträgen" beschrieben worden. Mit dem Ulcus serpens hat es die Neigung zum Fortschreiten gemein, unterscheidet sich aber von demselben in folgenden Punkten. Während das Ulcus serpens sich nur nach einer Richtung hin ausbreitet, geht das U. rodens vom Rande aus, sowohl ringförmig als auch gleichzeitig nach dem Centrum sich vorschiebend, vorwärts. Der Geschwürsgrund hat stets eine spiegelnde Oberfläche, welche von einem dünnen Gefässnetze durchzogen ist. Es fehlt daher eine eiterige Infiltration, auch ist Hypopyonbildung, welche beim U. serpens die Regel bildet, hier als Ausnahme zu betrachten, die nur dann erfolgt, wenn Iritis als Komplikation hinzutritt. Eine Neigung zur Perforation ist nicht vorhanden, falls diese nicht durch unzweckmässige Therapie zu Stande kömmt. Der Geschwürsrand ist nicht bogenförmig, die Richtung des Zerfalles anzeigend und durch graue Streifen markirt, sondern er ist unregelmässig ausgezackt und mit weissen Punkten besetzt. Dieser Rand unterscheidet diese Form von dem bekannten

Resorptionsgeschwür, welches gutartig ist, aber auch eine glatte vaskularisirte Fläche besitzt. — Das Ulcus rodens behält die Tiefe, welche es bei seinem Beginne besessen hat, bei; es schreitet also nur in der Fläche vor. Der Prozess verläuft unter heftiger Ciliarneurose. Er scheint nur ausnahmeweise früher zu sistiren, ehe nicht die ganze Hornhautoberfläche zerfallen ist. Dies dauert mehrere Monate, selbst ein ganzes Jahr lang. Wiederholt wurde beobachtet, dass nach Ablauf des Prozesses an dem einen Auge auch das andere von demselben ergriffen wird. Der Ausgang ist die Bildung eines totalen Leukoms; bisher wurde nur ein einziges Mal die Wiederaufhellung beobachtet. Die Aetiologie ist gänzlich unbekannt. Bisher wurde der in Rede stehende Prozess nur bei Erwachsenen beobachtet. — Die Therapie hat sich sehr ohnmächtig erwiesen, auch die operative Behandlung wie bei Ulcus serpens scheint nutzlos zu sein. —

Unter den zahlreichen, gegen den Pruritus vulvae et vaginae empfohlenen Mitteln hat Conrad besonders die Karbolsäure wirksam gefunden. Nur möchte er die Indikation für deren Anwendung genauer präzisiren als bisher und dadurch den Widerspruch über deren Werth erklären. Denn während Schröder dieselbe als das allein zuverlässige Mittel anpreist, hält sie Scanzoni für gänzlich werthlos. Conrad hat nun schon länger in den Pruritusfällen die Sekrete der Vulva, Scheide und die daselbst bisweilen vorkommenden weisslichen stecknadelkopfgrossen Beläge mikroskopisch untersucht und gefunden, dass die Karbolsäure zumal dann wirksam ist, wenn die von Hausmann genau beschriebenen Pilze (Leptothrix, Oidium albicans, Vibrionen und Bakterien) sich in grösserer Zahl vorfinden, während alle anderen Mittel gar nicht oder nur vorübergehend in solchen Fällen wirken. Die bei Mykosis von Hausmann empfohlenen Einspritzungen von schwefelsaurem Kupfer verursachten in der von demselben angegebenen Konzentration, ja auch in bedeutend verdünnten Lösungen oft heftiges Brennen; ja in einigen Fällen entstand die Mykosis gerade, während aus anderen Gründen jene Einspritzungen angeordnet worden waren. Wenn Mykosis als Ursache des Pruritus nicht vorhanden war, fand Conrad die energische Anwendung der Kälte in Form von Kaltwasser- oder Eis-Kompressen am wirksamsten. So einfach dies Mittel ist, so findet man es doch in den meisten gegenwärtig verbreiteten Handbüchern nicht angeführt und werden oft alle empfohlenen Mittel vergeblich angewendet, bevor man an diese eigentlich auf der Hand liegende Behandlungsweise denkt. Es wäre demnach bei der Behandlung des Pruritus vulvae et vaginae zur präziseren Wahl des anzuwendenden Mittels eine genaue Untersuchung der Sekrete und Auflagerungen der Genitalien voranzuschicken, ja es kann von dieser Untersuchung der Erfolg der Behandlung abhängen, wie Conrad durch Beispiele dies illustrirt. (Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte, 1878, Nr. 20.) —

Auf Anregung von Prof. Westphal hat S. Tschirjew in Dubois-Reymond's Laboratorium mit exakten im Originale einzusehenden Methoden durch experimentelle Untersuchung sowohl an Kranken mit spastischer Spinalparalyse als an Kaninchen die Streitfrage entschieden, ob das durch mechanischen Reiz (Anklopfen) des Ligamentum patellae auftretende Kontraktionsphänomen des Extensor quadriceps eine dem gespannten Muskel selbst eigenthümliche, durch die Zerrung veranlasste Erscheinung ist (Westphal) oder ein reflektorischer Akt (Sehnenreflex, Erb). Im ersteren Falle, bei unmittelbarer Muskelreizung, hätte die Muskelwelle von unten nach oben ablaufen müssen, und wenn das Ausbleiben des Phänomens nach Durchschneidung des Kruralis (Schultze und Fürbringer) lediglich eine Folge der aufgehobenen Muskelspannung wäre, dasselbe sich durch künstliche Wiederherstellung derselben mittelst schwacher elektrischer Reizung des peripherischen Nervenstumpfes zurückführen lassen müssen. Beide Versuchsreihen, die erstere an geeigneten Kranken mit erhöhtem Kniephänomene, die letztere am Extensor quadriceps von Kaninchen angestellt, führten zu einem negativen Resultate, indem bei ersteren keine Rede von einer bestimmten Richtung der Muskelwelle und bei letzteren niemals das Kniephänomen zu erzeugen war. Neben diesem negativen Beweise gegen die Annahme einer direkten Muskelreizung gelang durch successive Rückenmarksdurchschneidung der positive Nachweis,

s beim Kaninchen das in Rede stehende
änomen nur nach Durchschneidung zwischen
n fünften und sechsten Lendenwirbel ver-
windet, dass bei Durchschneidung unter-
b dieser Stelle ebenso wie nach Durch-
neidung des Ischiadikus das Kniephänomen
r erhöht ist, dass durch die hintere und
dere Wurzel des sechsten Lumbalnerven
Kaninchens die das Kniephänomen be-
gende Reflexübertragung vermittelt wird.
itbestimmungen dieser Reflexübertragung
aben als mittleren Werth durch Subtraktion
Zeitwerthe des Eintrittes der Zuckung
direkter Reizung von der durch Sehnen-
lex so kleine Zahlen (0.026″), dass für den
derstand der Reflexübertragung im Rücken-
rke selbst fast nichts übrig bleibt, was
rch die besondere Kürze des centralen Re-
xbogens erklärt wird. Für die centripetale
hn wird die Indifferenz der Sehne selbst
durch nachgewiesen, dass auch nach ihrer
bindung das Phänomen gelingt, und wer-
n als Angriffspunkt die Sachs'schen sich
nächster Nähe der Muskelinsertionen ver-
eitenden Sehnennerven wahrscheinlich ge-
acht. — Der Nachweis dieses eigenthüm-
hen Reflexbogens, den jeder einzelne Muskel
s Körpers von seinen Sehnennerven aus
rch die hinteren Wurzeln u. s. w. zu seinen
otorischen Nerven besitzt, wird physiologisch
r die Lehre vom Muskeltonus und patho-
gisch für die „peripherische Ataxie" bei
abes verwerthet. Klinisch beweist das Fehlen
s Kniephänomens beim Menschen Degene-
tion der hinteren Wurzeln und Hinter-
ränge in der Höhe der dritten und vierten
Wurzeln des Plexus cruralis, wie denn auch
Westphal das Kniephänomen beobachtete
Fällen von grauer Degeneration der Hin-
erstränge, wenn dieselbe nicht bis in das
endenmark herabreichte. (Archiv f. Psych.
. Nervenkrkh. VIII Heft 3 1878.) —

Eine systolische Pulsation in der
eber hat man bisher immer für ein patho-
nostisches Zeichen der Trikuspidal-
lappen-Insufficienz erklärt; die Pulsa-
ion ist in diesen Fällen bedingt durch das
ystolische Regurgitiren des Blutes aus dem
echten Ventrikel in die Vene, beziehungs-
weise in die Lebervenen. O. Rosenbach
at aber einen Fall beobachtet, in welchem
ie Leberpulsation nur eine arterielle sein
onnte, weil eine Insufficienz der dreizipfeligen Klappe nicht bestand. Es handelte sich um einen Fall von hochgradiger Insufficienz der Aortaklappen und ein doppelseitiges Pleuraexsudat bei einem 18jährigen Individuum; es traten Oedeme, Ascites und Lebervergrösserung hinzu; die Leber reichte später bis 1 Cm. unterhalb des Nabels und bot das deutlichste Bild einer allseitigen systolischen Pulsation bis zu dem etwa 10 Tage nach ihrem ersten Erscheinen erfolgten Tode. Die Obduktion ergab ausser der Insufficienz der Aortenklappen und der von ihr abhängigen Muskatnussleber auch noch eine durch Perikarditis entstandene Obliteration des ganzen Herzens. — Für die Entstehung der Leberpulsation gibt nun Rosenbach folgende Erklärung: Da bei Insufficienz der Aortenklappen selbst die kleinsten Arterien pulsiren, so ist auch die Pulsation der Leberarterien möglich. Wenn demnach bei den genannten Klappenfehlern diese Pulsation für gewöhnlich nicht beobachtet wird, so zeigt dies an, dass noch besondere begünstigende Momente hinzutreten müssen, um die Pulsation zur Wahrnehmung zu bringen. Diese begünstigenden Momente lagen im betreffenden Falle hauptsächlich in der bedeutenden Anschwellung der Leber, die bei noch relativ kräftiger Thätigkeit des linken Ventrikels eintrat, und ausserdem auch noch in der Enge der Aorta, welche anzeigte, dass ihre Elastizität noch nicht gelitten hatte, wodurch sie für die kräftige Fortpflanzung der arteriellen Blutwelle günstige Verhältnisse bot. Verfasser hat auch noch in einem zweiten Falle von hochgradiger Insufficienz der Aortenklappen exquisite systolische Leberpulsation beobachtet, ohne Zeichen einer Insufficienz der Trikuspidalis; doch kann der Beweis der Richtigkeit der Diagnose nicht erbracht werden, da die Sektion verweigert wurde. — Am Schlusse bespricht Rosenbach noch die Ursache, warum bei Insufficienz der Aortenklappen, wenn erst einmal eine Störung in der Kompensation eingetreten ist, sehr häufig so rasch der tödtliche Ausgang eintritt. Er findet diese Ursache in der mangelhaften Ernährung des Herzmuskels bei diesem Klappenfehler. Denn der Herzmuskel verliert einen Theil des durch die Herzsystole in die Kranzarterien getriebenen Blutes durch diastolischen Rückfluss und es fällt auch die auf die Herzdiastole treffende Quote von Ernährungsmaterial entsprechend der plötzlichen Druckerniedrigung im Aortenumfange bedeutend geringer aus. (Deutsche med. Wochenschrift, 1878, Nr. 40—42.) —

Bei einem 29jährigen Manne mit Darmverschluss nahm Cazin die Gastrotomie mit Erfolg vor und knüpft daran folgende Bemerkungen: 1) Sei es nicht nothwendig, längere Zeit mit dem Aufsuchen des Uebels zuzubringen, weil die Chancen des Gelingens mit dem Hinausschieben der Operation abnehmen. 2) Bei vorhandenem Zweifel über die Stelle, an welcher die Einschnürung des Eingeweides sich befindet, mache man den Einschnitt an der Linea alba und dehne ihn so weit aus, bis man die Schwierigkeit des Aufsuchens der erkrankten Stelle überwunden hat. 3) Bei der Operation müssen alle Kautelen, wie sie die Ovariotomie erheischt, beobachtet werden. 4) Die Lister'sche antiseptische Methode muss während und nach der Operation in Anwendung kommen, weil diese zugleich auch antiphlogistisch wirkt. 5) Absolute allgemeine wie örtliche Ruhe ist dem Kranken in den ersten Tagen nach der Operation sehr nothwendig. (Allgem. mediz. Centralzeitung, 1878, 23. Oktober.) —

Auf der 51. Naturforscherversammlung zu Cassel sprach in der gynäkologischen Sektion Prof. Dr. Zweifel: 1) Ueber die Grundsätze der Abnabelung. Schnitt derselbe den Nabelstrang durch, nachdem die Placenta geboren war, so wurden dem Kinde etwa 100 Grm. Blut mehr zugeführt. Entgegen Untersuchungen von anderer Seite hat er die Versuche wiederholt und ist mit den ersten Arbeiten von Schücking darin übereinstimmend, dass die Menge Blut, die das Kind durch späte Abnabelung mehr empfängt als bei sofortiger, annähernd 100 Grm. beträgt. Einen Nachtheil der späten Abnabelung hat er nie gesehen. — 2) Sprach derselbe über innere Athmung im Blute der Placenta. Zweifel hat bei den Untersuchungen über den Zeitpunkt der Abnabelung bemerkt, dass das arterielle Blut, welches hierbei in den Nabelarterien sich befindet, sehr langsam abdunkelt, während sonst Blut, welches in einer Arterie steht, ziemlich rasch venös wird. Die Erklärung hierfür sucht er nicht darin, dass das Blut des Fötus sich verschieden verhält von dem des Erwachsenen; er glaubt vielmehr, dass die Gefässwand der Nabelarterien sehr viel weniger Sauerstoff zehrt wie die des Erwachsenen. Die verschiedensten Versuche und Gründe bewegen den Redner zu dieser Annahme. Ist diese aber richtig, so ist auch für die Theorie der „inneren Athmung im Blute", d. h. die Thatsache, dass stehendes Blut in Arterien Sauerstoff abgibt, venös wird, nicht irgend eine sich im Blute bildende reduzirende Substanz, sondern der Sauerstoffverbrauch der lebenden Gefässwand heranzuziehen. Letztere Ansicht wird unter den Physiologen von Hoppe-Seyler vertreten. — In der nun folgenden Diskussion fragt Zuntz aus Bonn zuerst, ob nicht das Erkalten der Nabelschnur den Unterschied erkläre und als Zweifel angibt, dass er bei seinen Versuchen die Nabelschnur in warmem Wasser suspendirte, kann er doch aus verschiedenen physiologischen Gründen nicht umhin, ein abweichendes Verhalten des fötalen Blutes als die richtigere Erklärung anzusehen. Dem wird von Zweifel widersprochen. (Deutsche Zeitschrift für prakt. Medizin, 1878, Nr. 44.) —

Aus sphygmographischen Kurven nach Anwendung des Pilocarpinum muriaticum beobachtete Th. Petrina, dass bei einzelnen sehr empfindlichen Personen oder bei solchen, welche an Herzaffektionen litten, oft schon nach einer ein- oder zwei-maligen subkutanen Einspritzung von $^1/_2$—1 Spritze 2 prozentiger Lösung des eben genannten Mittels plötzlich neben Pulsverlangsamung Arhythmie eintrat. Degeneration der Herzmuskulatur, kompensirte Klappenfehler oder anderweitig bestehende Kreislaufshindernisse (wie hochgradiges Lungenemphysem, sehr bedeutende pleuritische Exsudate, hohes Fieber etc.) erheischen daher wegen des zu befürchtenden Kollapses für die Anwendung des Pilocarpins ganz besondere Vorsicht. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin XXI S. 416.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 49. *Erlangen*, am 7. Dezember 1878.

Wöchentlich 1 Bogen von 3 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Frage der Kontagiosität der Phthisis. Verbreitung und Entstehung von Hypoxanthin und Milchsäure im thierischen Organismus. Ueber Gehirnkrankheiten. Die analen Divertikel der Rektumschleimhaut und ihre Beziehung zu den Analfisteln. Zur Lehre von der Epilepsie. Ueber psychomotorische Centren in der Gehirnrinde. Herpes tonsurans identisch mit Favus und Area Celsi.

Die wiederholte Beobachtung, dass ganz gesunde und aus gesunder Familie stammende Mädchen bei längerer Pflege eines phthisischen Kranken selbst phthisisch wurden und rasch dahin starben, führte den Dr. Tappeiner, Kurarzt zu Meran, unwillkürlich mehr und mehr zu der Annahme der Kontagiosität der Phthisis, und zwar vermuthet er als Ursache der Ansteckung die Einathmung der phthisischen, durch Husten in der Luft zerstäubten Sputa. Um nun zu ermitteln, ob denn wirklich auf diesem Wege Tuberkulose erzeugt werden könne, liess er Versuchsthiere täglich einige Zeit in einem Raume athmen, in dessen Luft feine Theilchen phthisischer Sputa suspendirt waren. Eine solche Luft stellt sich, wie er fand, am bequemsten mittelst eines Dampfzerstäubers her, der die in Wasser fein vertheilten Sputa leicht aufsaugt und in feinem Strahle mit fortführt. — Während eines längeren Aufenthaltes in München während des Sommers 1877 bot Prof. Buhl dem Verfasser in den Ställen seines pathologischen Institutes zuerst Gelegenheit zur Ausführung derartiger Versuche und lieferten ihm dieselben schon so hervorragende Ergebnisse, dass er dieselben seitdem in erweitertem Maasse in Meran während des verflossenen Winters und Frühjahres fortgesetzt und so weit zum Abschlusse gebracht hat, als es zur Beantwortung der oben erwähnten Frage und als Beleg für die Zuverlässigkeit und Sicherheit der neuen Methode erforderlich war. — Zu allen Versuchen waren die Sputa Personen entnommen, welche mit tuberkulösen Lungenkavernen behaftet waren; aus einem Thee- oder Esslöffel voll davon wurde durch Verreiben mit 300 bis 500 Cc. Wasser eine emulsionsartige, noch eben durchscheinende Flüssigkeit hergestellt, welche durch den ausserhalb des Versuchsraumes aufgestellten Dampfzerstäuber diesem zugeführt wurde. In den Versuchen 1—8 maass dieser Raum 1.12 Meter in der Tiefe, 0.82 Meter in der Breite und 0.86 Meter in der Höhe, war auf einer Seite offen und durch ein Gitter geschlossen, welches während der Inhalationen selbst noch durch Wachsleinwand lose verhängt war. Durch eine Oeffnung derselben gelangte der Dampfstrahl in den Raum. In den Versuchen 1—4 inhalirten die Thiere täglich zwei Mal eine Stunde lang und blieben auch ausser dieser Zeit im Versuchsraume, bei den Versuchen 5—8 inhalirten sie bloss ein Mal täglich und hielten sich die übrige Zeit im Freien auf. In den drei letzten Versuchen befanden sie sich während der Inhalation, welche täglich ein Mal mit sehr kleinen Mengen Sputa — ein Theelöffel voll auf 3 Tage — vorgenommen wurde, in einem ganz im Freien aus Brettern roh gezimmerten Raume von 12 Kubikmeter Rauminhalt, in dem durch zahlreiche Spalten in den Wänden die Luft ein- und austreten konnte. Zu Versuchsthieren waren ausschliesslich Hunde gewählt, da dieselben nach Prof. Bollinger nur äusserst selten an Tuberkulose leiden; dieselben konnten sich in allen Fällen frei in den Inhalationsräumen bewegen, waren also nicht direkt dem Dampfstrahle ausgesetzt. —

Die an 11 dieser Thiere nach der beschriebenen Methode erzielten Resultate sind folgende: I. Alter 3 Jahre; Körpergewicht 6 Kilogrm. bei Beginn und 5.5 am Ende des Versuches; Inhalationsdauer 8. Juli bis 17. August = 42 Tage; Sektionsbefund: Pleuraoberfläche und Parenchym beider Lungen dicht erfüllt mit kleinsten, grau durchscheinenden Knötchen, in den Nieren und der Leber ähnliche Knötchen in geringerer Zahl, die übrigen Organe wurden wenigstens bei makroskopischer Untersuchung als frei und normal befunden. — II. Alter $^1/_2$ Jahr; Körpergewicht 8 Kilogrm. am Anfange und 7 zu Ende des Versuches; Dauer desselben 45 Tage. Derselbe Befund wie im vorigen Falle, nur die Knötchen grösser, konfluirend, trüber und gelblicher. — III. Alter 4 Jahre; Gewicht 20 Kilogrm.; Versuchsdauer 24 Tage, während derselben keine Gewichtsabnahme; Sektionsbefund: beide Lungen, wie in den vorigen Fällen, voll von miliaren Knötchen, vereinzelte solche auch in den Nieren sichtbar. — IV. Hund von 5 Kilogrm.; 25tägige Inhalation; Befund: zahlreiche miliare Knötchen in beiden Lungen. — V. Altes, 5 Kilogrm. schweres Thier; Inhalationsdauer 4 Wochen, verendet am Schlusse der 5. Woche; Befund: exquisite ausgebreitete Desquamativpneumonie. — VI. Gewicht 9 Kilogrm.; Dauer 4 Wochen, verendet in der 6. Woche; derselbe Befund nebst zahlreichen kleinen Kavernen und Tuberkeln. — VII. Gewicht 12 Kilogrm. zum Anfange und 12.5 zu Ende des 4 Wochen dauernden Versuches; Befund ein Monat später: Desquamativpneumonie, miliare Tuberkel, einzelne kleine käsige Herde und Kavernen. — VIII. Gewicht zu Beginn des 4wöchentlichen Versuches 5 Kilogrm., wird getödtet ein Monat später, hat unterdessen um 1 Kilogrm. zugenommen; Befund: Desquamativpneumonie, einzelne käsige Herde und zahlreiche miliare Knötchen. — IX. Anfangsgewicht 24 Kilogrm. und Endgewicht 26; Versuchsdauer 15 Tage; Befund: Miliartuberkel in den Lungen; in beiden Unterlappen und zum Theile im Oberlappen derselben diffuse Desquamativpneumonie; die übrigen Organe frei. — X. 18 Kilogrm. Anfangs und 21 zu Ende des 20tägigen Versuches wiegender Hund; Befund: In den Lungen kleine diffuse und lobuläre Herde von Desquamativpneumonie, wenig ausgesprochen; ausserdem zahlreiche Miliartuberkel; die übrigen Organe normal. — XI. Körpergewicht 16 zu Anfang und 18 zu Ende des Versuches, dessen Dauer 20 Tage betrug; Befund: akute Miliartuberkulose in den Lungen (die einzelnen Knötchen über die Schnittfläche vorspringend und sich hart anfühlend), in der Milz, der Leber und den Nieren; überall sehr prägnant. — Das Ergebniss aller dieser elf Obduktionen, die theils vom Verfasser selbst, theils von Dr. Schweninger gemacht wurden, ist, mit Ausnahme des zweifelhaften Falles Nr. 5, ausgesprochene miliare Tuberkulose beider Lungen, in der Mehrzahl der Fälle auch in geringerem Grade der Nieren; in vereinzelten Fällen wurden auch in der Leber und Milz Knötchen gefunden und wurde dieser Befund durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. — „Was zunächst die Zeit betrifft, sagt Dr. Tappeiner, „zu welcher die erste deutliche Knötcheneruption bemerkbar ist, so tritt dieselbe in der 3. Woche, vom Tage der ersten Inhalation an gerechnet, auf. Denn an zwei Hunden, von denen der eine nach 10- und der andere nach 14-tägiger Inhalation getödtet wurde, war bei makroskopischer Untersuchung wenigstens von Knötchen noch nichts wahrzunehmen; hingegen waren die Lungen zweier zu Beginn der 4. Woche getödteter Hunde bereits dicht mit Knötchen erfüllt. — Die zur Hervorrufung der Eruption nothwendige Menge von Sputum ist eine sehr geringe; dies beweisen namentlich die drei letzten Versuche, in welchen täglich in einem Raume von 12 Kubikmetern nur 1 Gramm feuchten Sputums zerstäubt worden war. Bedenkt man, dass der Wassergehalt der Sputa ein sehr hoher ist, dass ferner sicherlich ein grosser Theil der zerstäubten Masse zu Boden sinkt, ehe sie eingeathmet werden konnte, ferner noch durch die zahlreichen Spalten in den Wänden ein Theil entweichen konnte, der Rest endlich, vorausgesetzt, dass er vollständig eingeathmet wurde, sich auf drei Hunde vertheilte, so ist die Menge fester Substanz, welche von den Sputis in die Lungen täglich gelangen konnte, zweifelsohne eine minimale zu nennen. Es ist, abgesehen davon, dass die nach der ersten Woche eingeathmeten Sputatheilchen wohl kaum mehr an der Hervorrufung der ersten Knötcheneruption betheiligt sein können und die Erkrankung in einzelnen Fällen nicht auf die Lungen beschränkt blieb, schon dadurch der Schluss, dass die in die Lunge gelangten Theilchen der Sputa auf spezifische Weise und nicht als blosse Fremdkörper wirken, in hohem Grade wahrscheinlich. Es stehen demselben indess die Versuche von Schottelius entgegen, der meine Versuche wiederholte

nd, abgesehen von einer abweichenden Auf-
assung derselben in pathologisch-anatomischer
linsicht, bestätigte, indessen aber angibt,
iliare Knötcheneruptionen ganz derselben
rt und in derselben Zahl auch bei Inhala-
ionen von Sputa bronchitischer aber nicht
uberkulöser Personen, in geringerem Maasse
ei Inhalationen von zerriebenem und in
Wasser suspendirtem Limburger Käse, Hirn
nd Zinnober erhalten zu haben. Wie in-
dessen aus seiner kurzen Mittheilung hervor-
geht, scheint derselbe unter erheblich anderen
Versuchsbedingungen gearbeitet zu haben und
scheinen namentlich die Räume, in welchen
sich seine Thiere während der Inhalation be-
fanden, sehr klein gewesen zu sein, da er,
um die Erhitzung derselben durch den Dampf
des Zerstäubers zu vermeiden, die Anbring-
ung spezieller Ventilationsöffnungen nöthig
hatte, so dass die von den Thieren täglich
eingeathmeten Mengen fester Theilchen viel
grösser als in meinen Versuchen waren und
sich hieraus zum Theile die Differenzen zwi-
schen seinen Experimenten und meinen fol-
genden Versuchen erklären mögen, welche in
gleicher Weise wie die Versuche 9—11 ange-
stellt worden waren, nur dass statt der tuber-
kulösen Sputa fein zerriebenes und in Wasser
suspendirtes Kalbshirn und zwar in grösserer
Menge, täglich 5 Grm. in 100 Cc. Wasser,
zur Zerstäubung gelangte. Zum Versuche
dienten zwei Hunde von 12 und 15 Kilogrm.
Körpergewicht; der Inhalationsraum maass
8 Kubikmeter; die Inhalation dauerte täglich
eine Stunde, die Thiere blieben indessen un-
gefähr noch 6 Stunden nachher im Versuchs-
raume. Die nach 6 Wochen vorgenommene
Obduktion zeigte keinerlei Veränderungen der
Lungen oder anderer Organe. Es kann somit
nach diesen Kontrolversuchen und den vor-
ausgegangenen Darlegungen als gesichert be-
trachtet werden, dass die durch die eingeath-
meten phthisischen Sputa hervorgerufene
Tuberkulose eine Infektionskrankheit ist. —
Zweifelhaft bleibt aber noch der Weg, auf
welchem die Infektion erfolgt. Da ich beob-
achtete, dass in Wasser fein zertheilter und
durch den Dampfapparat in den Versuchs-
raum zerstäubter Zinnober von Hunden in so
reichlichem Maasse eingeathmet wird und in
deren Lungen gelangt, dass dieselben 12 Stun-
den nach der einstündigen Inhalation ausge-
sprochen roth gefärbt sich zeigten, so ist es
wohl keinem Zweifel unterworfen, dass auch
verhältnissmässig grosse Mengen der einge-
athmeten Sputatheilchen direkt in die Lungen-
alveolen gelangen und hier die Infektion be-
dingen können. Immerhin bleibt jedoch ein
zweiter Weg nicht ausgeschlossen; denn die
eingeathmeten Sputa bleiben jedenfalls zum
Theile an den Wandungen des Rachens und
Schlundes hängen, werden verschluckt und
können, vom Darme resorbirt, die Infektion
der Lunge als eines vorzüglich dafür dispo-
nirten Organes bedingen. Ich habe desshalb,
parallel mit den Inhalationsversuchen, zahl-
reiche Fütterungen von Hunden mit denselben
tuberkulösen Sputis, welche zu den Inhala-
tionen verwendet worden waren, vorgenom-
men. Jedes Thier bekam täglich etwa 15 Grm.
davon mit seinem Futter vermengt. Wie ich
früher schon erwähnte, hatten zwei noch in
München vorgenommene Fütterungen positiven
Erfolg. In beiden Fällen waren nach 6 Wochen
beide Lungen dicht mit miliaren Knötchen
besetzt und in einem Falle war auch tuber-
kulöse Darmerkrankung (Schwellung und Ge-
schwürbildung) sehr ausgesprochen. Hingegen
hatten sämmtliche in Meran an sechs Hunden
vorgenommene Fütterungen sämmtliche Or-
gane normal gelassen, gleichgiltig, ob die
Thiere ausschliesslich mit vegetabilischer Nahr-
ung oder mit Fleisch gefüttert worden waren.
— Es wird hierdurch sehr wahrscheinlich,
dass die beiden in München gefütterten Hunde
nur durch den tuberkulösen Staub infizirt
worden waren, der, wenn auch in geringerer
Menge, doch nachweislich zu ihnen dringen
konnte, da die Thiere in einem Raume, der
dicht an den Inhalationsraum stiess, sich auf-
hielten, aus den Versuchen 9—11 aber her-
vorgeht, dass schon sehr kleine Sputamengen
Infektion hervorrufen können. Da indess in
diesen Fällen auch der Darm affizirt war,
dieses aber bei Inhalationshunden in den bis-
her zur Beobachtung gelangten Fällen nicht
bemerkbar war, so bleibt es allerdings unent-
schieden, ob nicht — analog den positiven
Versuchsergebnissen bei Pflanzenfressern —
auch bei Hunden durch Fütterung, wenngleich
hier nur in vereinzelten Fällen, Tuberkulose
erzeugt werden könne. Sollte dies aber auch
der Fall sein, so kann doch durch ein so
seltenes Ereigniss niemals das ganz konstante
Auftreten der Lungentuberkulose nach Ein-
athmung erklärt werden, dieselbe kann so-
mit nur durch die direkt in die Lunge ge-
langten Sputatheilchen hervorgerufen worden
sein. — Als eine sehr auffallende Erschein-
ung muss ich endlich noch die klinisch ver-
werthbare Beobachtung hervorheben, dass
sämmtliche elf Inhalationshunde — Nr. V

und VI ausgenommen — während der ganzen Dauer des Versuches bis zu ihrer Tödtung vollkommen wohl, munter und lebhaft blieben und weder durch äussere Symptome noch durch Abnahme ihres Körpergewichtes ihre Erkrankung anzeigten, denn es dürfte wohl auch bei Menschen möglich sein, dass eine miliartuberkulöse Infektion eine Zeit lang latent bleiben und sich erst später durch langsam entstehende Katarrhe und Entzündungsherde als gewöhnliche Phthisis offenbaren könnte. — Ueberblickt man nun schliesslich das Ergebniss sämmtlicher Versuche, so findet man meine Eingangs ausgesprochene Vermuthung bestätigt; es wird durch dieselben festgestellt, dass das Einathmen von Theilchen tuberkulöser Sputa bei Hunden ausnahmelos Tuberkulose erzeugt, womit die Möglichkeit der Uebertragung der Tuberkulose vom Menschen zum Menschen sehr nahe gelegt wird. Unter gewöhnlichen Verhältnissen, d. h. in frischer Luft und in gut ventilirten Zimmern, wird glücklicherweise die Menge der durch Husten in die Luft zerstäubten phthisischen Sputa wohl nie eine solche Konzentration erlangen, dass dadurch eine Ansteckung erzeugt würde. Aber wenn viele Phthisiker in einem aus Furcht vor Zugluft oft schlecht oder gar nicht ventilirten Raume stundenlange enge gedrängt zusammensitzen, sollte da nicht die Konzentration ihrer durch Husten in der Luft zerstäubten Sputa einen Grad erreichen können, der zur Hervorrufung der Infektion hinreichte? Muss der Arzt nicht unter solchen Möglichkeiten wenigstens vorsichtshalber seinen Patienten solche Zusammenkünfte verbieten? Und dürfen in Krankenhäusern viele Phthisiker in einem Saale zusammengelegt werden, ohne Gefahr zu laufen, dass die übrigen Kranken dadurch tuberkulös gemacht werden? Mag ferner in diesen Experimenten nicht der Schlüssel zur Erklärung der interessanten Beobachtung von Brulfert und Bourgarel zu suchen sein, dass das rasche Aussterben der Eingeborenen der Südseeinseln seit ihrer Berührung mit den Weissen durch Tuberkulose bedingt sei, ohne dass die gewöhnlich zur Erklärung ihres Umsichgreifens angeführten Ursachen sich hier als genügend erwiesen?" (Virchow's Archiv, 74. Band, 3. Heft, 1878.) —

G. Salomon („Ueber die Verbreitung und Entstehung von Hypoxanthin und Milchsäure im thierischen Organismus") wurde durch seine früheren Untersuchungen über Leukämie zu einer genaueren Erforschung der physiologischen und pathologischen Verhältnisse geführt, welche zunächst nur den Zweck hatte, festzustellen, inwieweit die für die Leukämie angegebenen Befunde in der That für diese charakteristisch seien. — I. Knochenmark und drüsige Organe. In sieben Fällen wurden grössere Mengen von Knochenmark auf Hypoxanthin untersucht und in allen fand sich diese Substanz, ein Mal auch Milchsäure, in zwei anderen Fällen nicht. In Leber und Milz konnte bei Leukämie das Hypoxanthin jedes Mal konstatirt werden, ebenso im Pankreas des Rindes. In den Muskeln eines amputirten Beines wurde es vergeblich gesucht; Verfasser hebt hervor, dass hier die Untersuchung an dem ganz frischen Objekte vorgenommen wurde. — II. Hypoxanthin und Milchsäure im Blute. Im Leichenblute von Menschen und Hunden fand sich regelmässig Hypoxanthin bei den verschiedensten Erkrankungen (im Ganzen 35 Fälle von Menschen). Das Hypoxanthin im Blute ist also nicht spezifisch für die Leukämie. Auf 10.000 Grm. Blut ergab sich 0.14—0.75 Grm. Die höchsten Zahlen betreffen allerdings Fälle von Leukämie. Dem gegenüber konnte in 21 Fällen von Aderlass- oder Schröpfkopf-Blut nur vier Mal eine sehr geringe Menge Hypoxanthin nachgewiesen werden und bei sieben weiteren Parallelversuchen, in welchen bei denselben Individuen Blut während des Lebens und nach dem Tode auf die in Rede stehende Substanz untersucht wurde, war der Erfolg regelmässig positiv im Leichenblute und negativ im Aderlassblute. Wiederholte Versuche an sieben Hunden bestätigten dieses Verhältniss. Das Hypoxanthin ist also ein postmortales Produkt; beziehungsweise wenn es im lebenden Blute zirkulirt, wird es fortdauernd durch Oxydation zerstört und es häuft sich nur dann an, wenn die Oxydation erlischt. Die einfache Fäulniss des Blutes ausserhalb des Körpers liefert kein Hypoxanthin oder nur Spuren. Für die Milchsäure ergibt sich im Allgemeinen dasselbe wie für das Hypoxanthin, jedoch sind die Resultate nicht so konstant und auch die Parallelversuche an Hunden fielen nicht in dem Sinne der Vermehrung nach dem Tode aus. Die gleichzeitig ausgeführten Untersuchungen des Blutes auf Harnsäure hatten ein wechselndes Resultat, ohne dass sich Gesetz-

nässigkeiten daraus ableiten liessen. In Transudaten wurden vier Mal Hypoxanthin festgestellt, in Exsudaten zwei Mal unter vier Fällen. — III. Die Abstammung der Xanthinkörper vom Eiweiss. Die beobachtete Gesetzmässigkeit in dem Auftreten des Hypoxanthin führte den Verf. zu dem Versuche, ob bei der Verdauung von Fibrin und Eiweiss, zunächst durch Pankreas, Xanthinkörper auftreten. Das feinzerriebene Pankreas wurde zu dem Zwecke wiederholt mit Alkohol extrahirt und gut abgepresst; es enthielt alsdann weder direkt noch nach 48stündiger Digestion mit schwach alkalischer Flüssigkeit Xanthinkörper. Aus Fibrin konnte weder durch Maceration noch durch Auskochen mit Wasser eine durch ammoniakalische Silberlösung fällbare Substanz erhalten werden. Wurde nun das Fibrin mit dem Pankreaspräparate 24 Stunden bei 35—40° digerirt, so enthielt die Flüssigkeit nach dieser Zeit eine ansehnliche Quantität Hypoxanthin. In späteren Stadien der Verdauung fand sich das Hypoxanthin nicht mehr vor. Dasselbe entsteht übrigens auch ohne Pankreassubstanz bei der Fäulniss, jedoch nur in früheren Stadien derselben. — Schliesslich erinnert Salomon daran, dass Schützenberger bei der Zersetzung der Hefe neben vielen anderen Produkten auch Hypoxanthin gefunden hat. (Zeitschrift f. physiol. Chemie II S. 66.) —

In der Sitzung des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums vom 11. Novbr. 1878 sprach Dr. Chrastina über Gehirnkrankheiten. Derselbe will zunächst die Gehirnblutungen besprechen und führt Folgendes aus: Gehirnblutungen können in jedem Lebensalter vorkommen, selbst bei Kindern. Die Erscheinungen, welche der Eintritt einer Gehirnblutung hervorruft, sind verschieden, je nach der Quantität des ausgetretenen Blutes und je nach dem Orte, an welchem die Blutung erfolgt: plötzlicher Tod oder Verlust des Bewusstseins mit zurückbleibender Lähmung u. s. w. Ist nur eine kleine Blutmenge ausgetreten, so erfolgt keine Motilitätsstörung. Die Stellen, an welchen Blutaustritte einzutreten pflegen, sind der Linsenkern, Streifenhügel, Sehhügel und das Centrum semiovale Vieussenii. Erfolgt der Erguss in die Fossa Sylvii und wird hierbei die Insula Reylii zerstört, so erfolgt nach Meynert Aphasie und Lähmung der entgegengesetzten Seite, früher wurde von Trousseau und Charcot die Aphasie auf die Zerstörung der zweiten und dritten Hirnwindung bezogen. Die Ergüsse in die Sylvische Grube erfolgen meistens linkerseits, wahrscheinlich desshalb, weil die linke Carotis communis unmittelbar aus dem Arcus aortae, die rechte aber aus dem Truncus anonymus entspringt, erstere daher einen stärkeren Blutdruck auszuhalten hat. — Im höheren Alter sind die Gehirnblutungen häufiger, weil die Elastizität der Gefässwandungen abnimmt und an deren Stelle Rigidität und Brüchigkeit der Arterien tritt; dazu kommt, dass das Gehirn atrophirt und die der sie umgebenden Stütze beraubten Gefässe dem Blutdrucke weniger Widerstand leisten können. Aus ähnlichen Gründen erfolgen auch bei alten Leuten nicht selten Zerreissungen der Hautkapillaren. Auch Hämatome der Dura mater und Pachymeningitis chronica bringen Blutergüsse zu Stande. Solche Kranke schweben nicht in augenblicklicher Lebensgefahr; sie sind jedoch in sich gekehrt, einsilbig, zu keiner Arbeit fähig, klagen über Druck im Kopfe und Schwere in den Füssen und nur bei wiederholten Ergüssen in die Dura sterben sie an Gehirnlähmung. — Neben den Gehirnblutungen gibt es noch andere krankhafte Zustände im Gehirne, die ebenfalls eine Lähmung hervorbringen können, nämlich Neubildungen: Sarkome, Gliome und Tuberkel, ferner Embolieen der Gefässe. Zum Zwecke der Orientirung über die Ursache der Lähmung in einem gegebenen Falle gibt Redner nunmehr einen Ueberblick über die neuesten Forschungen im Bezug auf die Physiologie und Pathologie des Gehirns. Die Grosshirnrinde ist das Organ des Bewusstseins, des Vorstellungsvermögens, der willkürlichen Bewegungen und der Sinneswahrnehmungen; bevor es bei Kindern zur Entwicklung der Grosshirnrinde gekommen ist, befinden sie sich in der Periode des „Rückenmarkslebens"; mit dem Wachsen der Rindensubstanz beginnen die Aeusserungen des Seelenlebens. Neuere Physiologen haben den Grundsatz aufgestellt, dass es in der Hirnrinde gewisse Stellen gebe, welche bestimmten sensorischen Verrichtungen zu dienen haben: sensorische Centra, bei deren Zerstörung die betreffende Sinnesfunktion aufhört. Von Goltz wurde nachgewiesen, dass die Thiere bei Zerstörung einer gewissen Stelle des Hinterhauptlappens blind, bei solchen des hinteren Theiles des Schläfelappens taub werden. Neuere Forscher, wie Hitzig, Ferrier, Nothnagel, Charcot u. A. behaupten sogar, dass es auch

motorische Centren gebe. — Chrastina kommt nun auf die im Collegium mitgetheilten Versuche von Obersteiner zu sprechen und bemerkt, dass aus denselben mit Sicherheit auf die Existenz motorischer Centren im Gehirne geschlossen werden kann. Weiterhin erwähnt er den von Obersteiner aufgestellten Satz, dass eine Muskelgruppe in der Hirnrinde um so mächtiger vertreten ist, je mehr die Leistungen der ersteren dem Einflusse des Willens unterworfen sind; so ist z. B. die Muskulatur der Hand viel mächtiger vertreten als jene des Fusses. Endlich bemerkt er, dass nach neueren Forschungen, wenn die Gehirnläsion eine bloss oberflächliche ist, keine Motilitätsstörung erfolgt, wohl aber, wenn die Verletzung durch die ganze Dicke einer Windung gedrungen ist. An der Hand dieser neuen Forschungen könne man sich Rechenschaft geben über den Sitz der Krankheit sowie über den Umstand, warum bald eine obere und bald eine untere Extremität gelähmt ist. (Wiener mediz. Wochenschrift, 1878, Nr. 46.) —

Im Verein der Aerzte für Niederösterreich (Sektion Wien) sprach in der Versammlung vom 6. November 1878 Dozent Dr. Chiari „über die analen Divertikel der Rektumschleimhaut und ihre Beziehung zu den Analfisteln". Er erwähnt zunächst, dass im Gegensatze zu den allgemein bekannten Divertikeln der Darmschleimhaut im Verlaufe des Darmkanales die am unteren Ende des Mastdarmes vorkommenden („anale Divertikel") kaum bekannt seien, dass diese jedoch häufiger und auch praktisch wichtiger seien. Bevor er nun zur Erörterung dieser analen Divertikel und ihrer Folgezustände übergeht, gibt er eine kurze Schilderung der normalen Verhältnisse der Portio analis recti. Er beschreibt das Verhalten der Ring- und Längs-Muskulatur des Darmrohres daselbst, ferner die willkürliche Muskulatur um die Afteröffnung sowie auch die Beschaffenheit der inneren Oberfläche der Portio analis recti, wie in derselben die eigentliche mit Lieberkühn'schen Krypten versehene Schleimhaut nicht bis unmittelbar zum After herabreicht, sondern schon früher knapp über den Morgagni'schen Lacunen aufhört und dann an ihre Stelle eine schleimhautartige mit geschichtetem Plattenepitel und Papillen versehene Membran tritt, welche eben den sogenannten Uebergangstheil des Rektums charakterisirt. — Bei der in einer grossen (etwa 800) Zahl von Fällen ausgeführten konsequenten Untersuchung dieser Portio analis fand nun Chiari, dass sich von den Morgagni'schen Lacunen aus nicht selten heniöse, mitunter sehr umfängliche Ausstülpungen der schleimhautartigen innersten Schichte des sogenannten Uebergangstheiles und auch der nachgezogenen Rektumschleimhaut entwickeln. Er konnte sehr verschiedene Grade solcher Ausstülpungen finden, von einer geringen Vertiefung einer Morgagni'schen Lacune an bis zu einem mehrfach ramifizirten, durch eine solche Lacune ausgetretenen, nach Durchsetzung der Sphinkteren unter der Analhaut sich ausbreitenden und daselbst eine Geschwulst bedingenden Divertikel. Von diesen Ausstülpungen können sich in Folge von Entzündung und Ulzeration ihrer Wand, veranlasst durch Stauung von Fäcalmassen, leicht Analfisteln, natürliche Fistulae ani completae entwickeln, wie dies auch des Oefteren unter den erwähnten 800 Fällen wirklich eingetreten war. Diese Art von Fisteln kommt nach der Erfahrung des Redners häufig vor, ja häufiger als jede einzelne der anderen Formen, so als die Fisteln, welche zu beziehen sind auf Steckenbleiben von Fremdkörpern in den Afterfalten, auf Ulcera clysmatica, auf Hämorrhoiden, auf Abszesse ad anum, auf tuberkulöse Entzündung etc. Es wird dies gestützt durch eine in vielen chirurgischen Lehrbüchern hinterlegte Angabe, dass die innere Oeffnung der Mastdarmfistel gewöhnlich nahe dem Anus, in der Sphinkterengegend, sich befinde. Die Entstehung der analen Divertikel denkt sich Redner so, dass bei starker Kontraktion des Sphincter ani externus und etwa auch der untersten stärksten Partie des Sphincter ani internus und gleichzeitiger beträchtlicher Ausdehnung des darüberliegenden Theiles des Mastdarms in Folge des starken Seitendruckes die Mastdarmschleimhaut im Bereiche der Morgagni'schen Lacunen als des Punktes des geringsten Widerstandes sich ausbuchtet, anfangs nur ganz wenig, dann aber successive immer mehr und mehr. (Wiener mediz. Wochenschrift v. 16. Nov. 1878.) —

Die deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin enthält im Jahrgange 1878, in den Nummern 21—24, „Klinische Beiträge zur Lehre von der Epilepsie" von O. Berger. Aus 105 im Laufe der Jahre gesammelten zuver-

lässigen Krankheitsgeschichten Epileptischer konnte derselbe folgende Thatsachen ableiten. In 65.93 pCt. der Fälle fällt der Beginn der Krankheit in die Zeit vom Kindesalter bis zum 20. Lebensjahre. Während dieser Zeit erfolgt der Beginn weit häufiger in den ersten vier Lebensjahren als man bisher annahm. Zwischen dem 15. und 20. Jahre besteht eine gesteigerte Disposition des weiblichen Geschlechtes, während für das Alter zwischen 30 und 40 Jahren die Prädisposition des männlichen Geschlechtes stärker hervortritt. Die Pubertätsentwicklung bei den Frauen einerseits, mannigfache im Mannesalter verübte Exzesse bei den Männern andererseits erklären wohl dieses Verhältniss. Der Eintritt der Involutionsperiode bei den Frauen ist ohne jeden Einfluss auf die Entstehung der Epilepsie; das erste Auftreten derselben in hohem Lebensalter ist eine grosse Seltenheit. Unter 71 genauer daraufhin untersuchten Fällen fand Berger 23 Male sicher eine erbliche neuropathische Belastung; gegen Reynoldt und Romberg sprechen die Erfahrungen des Verfassers nicht dafür, dass die hereditäre Epilepsie vor der Pubertät zum Ausbruche kommt; in keinem der 23 Fälle fiel aber der Beginn über das 30. Jahr hinaus. Endlich erhellt noch aus den Tabellen, dass bei beiden Geschlechtern, und mehr noch bei den Weibern, die Epilepsia gravior die häufigste Form der epileptischen Zustände ist. — Eine Reihe von Beobachtungen wird nun mitgetheilt zur Illustrirung der wichtigsten Experimentalergebnisse über künstliche Erzeugung von Epilepsie, resp. der verschiedenen aus der menschlichen Pathologie geschöpften Erfahrungen. Hinsichtlich der Reflexepilepsie beobachtete Berger einen Mann, bei dem nachweisbar nach einer Verwundung des Nervus medianus sich die ersten epileptischen Anfälle einstellten, und zwei Frauen, bei welchen Störungen des Sexualapparates in unzweifelhafter Weise Ausgangspunkt der sich entwickelnden epileptischen Krämpfe wurden. Diese zwei Fälle waren eine Haemelytrometra mit nachfolgender Operation und eine Cessatio mensium nach starker Erkältung. — Höchst wichtig sind weiterhin vier Fälle von traumatischer Epilepsie bei jugendlichen Individuen (drei Männer und eine Frau), welche nach einem Schlage und Falle auf den Kopf, resp. nach applizirten Ohrfeigen, entweder alsbald oder nach Wochen oder Monaten epileptische Erscheinungen zeigten, während sie in der Zwischenzeit ausser diffusen Kopfschmerzen nichts zu klagen hatten. Im Anschlusse an diese Fälle bespricht Berger diejenigen Fälle, welche der kortikalen (Rinden-) Epilepsie angehören, speziell diejenige Form, welche (nach Fournier, Charcot u. A.) namentlich bei syphilitischen Personen gefunden wird. Ein sehr merkwürdiger Fall dieser Art, beobachtet bei einem schon mehrmals antisyphilitisch behandelten 38jähr. Manne, dessen Anfälle sich in nichts von der ersten Epilepsie unterschieden und welcher schliesslich durch eine energische antisyphilitische Behandlung dauernd geheilt wurde, wird ausführlich erzählt. Zwei weitere Beobachtungen behandeln je einen Fall von vasomotorischer Epilepsie bei einem 19jähr. Mädchen und die sehr interessante Krankheitsgeschichte einer ebenfalls bei einem 19jähr. Mädchen konstatirten Epilepsia gravior nach Kohlengasvergiftung. — Was schliesslich die Behandlung betrifft, so hat Berger von der Chapman'schen Methode der Kälteanwendung nur bei hystero-epileptischen Kranken Erfolge zu verzeichnen; im Uebrigen blieb diese Methode sowie die elektrische ohne Erfolg bei der wahren Epilepsie, während der konstante Strom bei der vasomotorischen Form sich von Nutzen erwies. Die von anderen Autoren gerühmte Wirkung von Camphora monobromata und Zincum bromatum konnte Berger nicht bestätigen, ebensowenig die von Atropin und im Ganzen und Grossen von Kurare; Amylnitrit erwies sich bei rechtzeitiger Einathmung in einzelnen Fällen als koupirendes Mittel günstig, am günstigsten aber das in grossen Dosen (6 bis 12 Grm. pro die) gereichte Bromkalium; es wurde Stillstand des Leidens bis zu zwei Jahren gesehen, eine definitive Heilung aber nicht beobachtet. Dem Bromkalium ähnlich wirkte das Bromalhydrat. —

Dr. H. Obersteiner hält es für vollkommen gerechtfertigt, von psychomotorischen Centren in der Grosshirnrinde zu sprechen, da man den Nachweis geführt habe, dass von ihnen bestimmte motorische Bahnen ausgehen. Die von Schiff hervorgehobene Thatsache, dass die Muskelbewegungen nach Reizung dieser Stellen viel später erfolgen als der Leitungsgeschwindigkeit des einfachen motorischen Nerven entspreche, finde eine viel näher liegende Erklärung als

sie von Schiff selbst gegeben worden sei, in der wahrscheinlich mehrmaligen Unterbrechung durch Ganglienzellen, welche für diese Bahn anzunehmen sei. An die Wiederherstellung der Funktion nach vollständiger Exstirpation der betreffenden Centren glaubt Verf. nicht. Er besitzt drei Kaninchen, welche die bekannten Störungen noch deutlich zeigen, obwohl schon ein Jahr nach der Operation — Exstirpation des Centrums für das rechte Vorderbein — verflossen ist. Geht der Exstirpationseffekt vorüber, so ist das Centrum nicht in seinem ganzen Umfange entfernt worden. Beim Hunde sei die vollständige Exstirpation desselben besonders schwierig, da dasselbe — nach dem Befunde der Betz'schen Riesenpyramiden zu schliessen — bis an den Grund des Sulcus cruciatus in die Tiefe reiche. Diese Centren finden sich nur in dem Maasse entwickelt, in welchem statt einfacher Reflexaktionen Willensaktionen zum Ausdrucke gelangen. Daher ist es bei Thieren immer leichter, die Centren für die vordere Extremität zu erregen als die für die hintere; das Centrum für das Hinterbein ist beim Kaninchen oft nicht vorhanden, beim Hunde ist es stets viel kleiner als jenes für das Vorderbein. Beim Hunde konnte Obersteiner ein eigenes Centrum für den Schwanz konstatiren, wie früher schon Ferrier, beim Kaninchen dagegen nicht. Beim Menschen bewährt sich dieser Satz ebenfalls, wenn man die Häufigkeit, mit welcher die obere und die untere Extremität durch Rindenerkrankungen betroffen werden, gegen einander abwägt. Unter 47 verwendbaren Fällen von Rindenläsionen fand Verf. die obere Extremität allein 11 Mal, die untere allein 2 Mal, die obere in höherem Grade als die untere 22 Mal und beide gleichmässig 12 Mal betroffen. Jene Fälle, in welchen ohne nachweisbare sekundäre Degeneration beide Extremitäten gleich stark befallen waren, betrafen alle die linken Extremitäten, bei denen sich aber der Vorzug der oberen vor den unteren im täglichen Gebrauche weniger geltend macht. — Unstreitig gibt es Fälle, in welchen Läsionen im Bereiche der motorischen Rindenabschnitte ohne entsprechende Erscheinungen verlaufen. Obersteiner citirt selbst zwei derartige Fälle aus seiner Erfahrung, doch gelingt es dann immer, die Ursache eines solchen Mangels ausfindig zu machen und liegt sie meist in geringer Ausdehnung oder langsamen Wachsthume der Herde. Den Ansichten von Goltz und Brown-Séquard, den beiden Hauptgegnern der Lokalisation, widmet Obersteiner zum Schlusse eine eingehende Widerlegung. (Wiener med. Jahrb., 1878, S. 273

Carl von Erlach in Baden verglich Präparate von Herpes tonsurans, der in zwei Fällen von Hausthieren übertragen war, mit älteren Präparaten von Favus und Area Celsi und fand identische Bilder. Die Uebereinstimmung mit Area Celsi scheint ihm bemerkenswerth. Er hatte nämlich aus einzelnen Stellen des behaarten Kopfes, die dicht neben den durch die Area kahlgewordenen lagen, Erscheinungen gesehen, die möglicher Weise als eine Varietät des Mikrosporon oder eines anderen Pilzes angesprochen werden konnten. Schon im Jahre 1868 hatte er den ersten derartigen Befund konstatirt. Unter diesen Umständen sei die von Hebra und Kaposi vertretene Ansicht über den Favus und Herpes tonsurans insoferne zu erweitern, als die Area Celsi mit zu dieser Gruppe hinzuzurechnen sei. Wenn andere Autoren bei dieser letzteren keine Parasiten gefunden hätten, so wäre die Möglichkeit vorhanden, dass bei dieser Affektion die Parasiten periodenweise im Haarbulbus, also nicht ohne Exzision eines Hautstückes, nachweisbar seien. — Den Herpes tonsurans anlangend, sind Erlach's Erfahrungen folgende: 1) Die von Kaposi als Kausalmomente angeführten kalten Waschungen brauchen nicht zur Erklärung herangezogen zu werden. Die von Verfasser selbst beobachteten Fälle waren von Hausthieren übertragen. 2) Die Pilzelemente sitzen nicht im Haarschaft, sondern zwischen Haarscheide und Haarschaft. 3) Ausser Reinigung und Druckverband bedarf es nur einer in Intervallen von 2—3 Tagen wiederholten Bepinselung von Tinctura jodi oder Oleum Terebinthini zur Heilung. Bleibende Alopecie ist nicht beobachtet; über den Werth einer Behandlung mit einer weingeistigen Salicylsäure-Lösung (2 pCt.) will er sich später äussern. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 41 v. 12. Okt.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 50. *Erlangen*, am 14. Dezember 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Ueber normale und pathologische Ossifikation. Syphilis hereditaria tarda. Zur Metallotherapie. Die feineren Vorgänge bei der Heilung von Lungen- und Pleurawunden. Hörbarkeit von Herz-Tönen und -Geräuschen in grösserer Entfernung von Kranken.

Fortgesetzte Untersuchungen über normale und pathologische Ossifikation haben dem Dr. M. Kassowitz in Wien nach verschiedenen Richtungen hin Resultate ergeben, welche von den jetzt allgemein oder doch bei der Mehrzahl der Forscher giltigen Ansichten bedeutend abweichen. Wir beschränken uns in Folgendem darauf, einige besonders wichtige Punkte unseren Lesern zu skizziren. I. Ossifikation des Knorpels. Die schmalen Säume junger Knochensubstanz, welche im Beginne der Ossifikation die Bälkchen verkalkten Knorpels allseitig bekleiden, entstehen nicht durch Ossifikation von Markzellen oder Osteoblasten, wie seit H. Müller (1858) allgemein angenommen wird, sondern durch ossifikatorische Umwandlung des verkalkten Knorpels selbst. Diese Umwandlung schreitet langsam gegen die Mitte der Balken vor, die Knochensäume werden auf Kosten des Knorpels mächtiger, nähern sich mit ihren allmählig konvexer werdenden Gränzen den von der anderen Seite der Balken anrückenden Knochenbuckeln, bis diese endlich an ihren Kuppen mit einander verschmelzen. Dadurch werden die verschmälerten, aber bisher noch in weiten Strecken nach allen Richtungen zusammenhängenden Züge der knorpeligen Reste der Balken an vielen Stellen unterbrochen, diese kürzeren Knorpelreste werden noch schmäler, verwandeln sich in spaltenähnliche Gebilde und verschwinden endlich vollständig. Auch die Reste der verkalkten Querscheidewände der Knorpelzellen-Säulen bekommen nicht etwa eine Auflagerung von Knochensubstanz, sondern erleiden — mit Beibehaltung ihrer äusseren Form — von oben und unten her gegen die Mitte zu eine ossifikatorische Umwandlung, so dass bald nur ein schmaler horizontaler Knorpelstreif übrig bleibt, welcher schliesslich ebenfalls verschwindet. Während dieser Umwandlung entstehen nun neue zackige Zellenhöhlen auf der Höhe der Knochenbuckeln, häufig am konvexen Rande derselben, so dass sie halb im Knochen, halb im Knorpel liegen, manchmal sind sie sogar schon im nicht ossifizirten Knorpelreste deutlich vorbereitet. Auch können zwei solche neu entstandene Knochenkörperchen in den Kuppen zweier verschmelzender Knochenbuckel durch Knochenkanälchen mit einander in Verbindung treten. Die medulläre Knochenbildung, d. h. die Auflagerung von Knochensubstanz aus den Markräumen auf die eben geschilderten ossifizirten Knorpelbalken erfolgt erst in ziemlicher Entfernung von der Gränze der beginnenden Knochensaumbildung und zwar ist diese Entfernung um so grösser, je schneller das betreffende Knochenende wächst. Diese Auflagerung hat, mit geringfügigen Ausnahmen, stets den lamellösen Charakter. Eine Gränze zwischen diesen konzentrischen Auflagerungen und den ossifizirten Knorpelbalken ist häufig als Kittlinie sehr deutlich nachweisbar, besonders auf Horizontalschnitten. So lange aber die medulläre Auflagerung ausbleibt, werden — trotz ihrer

fortschreitenden Umwandlung — die Balken nicht dicker und die Markräume nicht enger. — Die bei der Markraumbildung verschont gebliebenen Knorpelbalken bestehen nicht immer als Grundsubstanz allein. Schon bei der gewöhnlichen Ossifikation des präformirten Säugethierskelettes bleiben häufig vereinzelte Knorpelhöhlen in den Balken verschont. Bei den periostal gebildeten Knorpeln, insbesondere im Unterkieferaste wie in beiden Schlüsselbeinfortsätzen, enthalten die Balken regelmässig eine bedeutende Lage geschlossener Höhlen. Bei den Vögeln aber findet man ganz allgemein auf den Querschnitten ossifizirender Knorpel die kreisrunden Markräume in grösseren Distanzen angelegt, so dass sie von mächtigen Balken verkalkten Knorpels mit zahlreichen geschlossenen Knorpelzellenhöhlen umgeben sind. Auch diese Markräume bekommen einen schmalen Knochensaum auf Kosten des Knorpels. Sowie aber die in der Knorpelgrundsubstanz langsam fortschreitende Umwandlung eine Knorpelhöhle erreicht, wird sofort der Inhalt derselben bis auf 1—3 darin enthaltene Zellenkörper ossifizirt, so dass die letzteren in je einer zackigen Knochenzellenhöhle eingeschlossen werden. Die in das Innere des Knorpelbalkens vorschreitende Umwandlungs-Gränze bekommt dadurch einen kugelförmigen Auswuchs, von dessen Oberfläche die Umwandlung ebenfalls weiter geht, bis wieder eine geschlossene Knorpelhöhle erreicht und in derselben Weise umgewandelt wird. Endlich bleiben auch hier nur noch Reste von Knorpelgrundsubstanz, welche in der beschriebenen Weise gänzlich verschwinden. Auch bei der Rhachitis, bei welcher die unregelmässige Einschmelzung des Knorpels immer eine grosse Zahl von Knorpelhöhlen verschont, spielt diese ossifikatorische Umwandlung im Inhalte von Knorpelzellenhöhlen, die mit den Markräumen nicht offen kommuniziren, eine bedeutende Rolle. — II. Periostale Ossifikation. Die Anlagen der periostalen Knochenbälkchen entstehen nicht allein aus Markzellen oder Osteoblasten, sondern vorwiegend aus Fasern und Faserbündeln, welche zwischen den Zellen des Bildungsgewebes und unabhängig von ihnen, in der mucinösen, scheinbar strukturlosen, aber keineswegs flüssigen, sondern sicherlich komplizirt gebauten, lebenden Grundsubstanz gebildet werden. Diese dicken, glänzenden, auf dem Querschnitte meist kreisrunden, oft sehr langgestreckten Faserbündel bilden, durcheinander verflochten, das Gerüste der Knochenbälkchen, und nur die kleineren Zwischenräume des Flechtwerkes und die Lücken an der Oberfläche werden von Bildungszellen und Osteoblasten ausgefüllt. So entsteht der sogenannte Wurzelstock (Gegenbauer), das geflechtartige Knochengewebe (v. Ebner), als Umrahmung der periostalen Markräume. Die Verengerung und Ausfüllung dieser Markräume geschieht, genau wie bei der endochondralen Ossifikation, durch konzentrische Auflagerung aus dem eingeschlossenen Bildungsgewebe, vorwiegend durch Ossifikation von Osteoblasten. In derselben Weise erfolgt auch die langsame Auflagerung auf grössere Flächen ohne Bälkchenbildung. Die Osteoblasten gehen dabei, mit Verlust des Kernes und Bildung von leimgebenden Fibrillen in ihrem Zellenleibe, in Knochengrundsubstanz über und nur eine Minderzahl derselben persistirt mit dem Kerne und einem Theile des Zellenleibes als Knochenzellen. — III. Knochen-Resorption. Die Ursache der lacunären Form der Knocheneinschmelzung, d. h. die Ursache, warum die Begränzung des eingeschmolzenen Knochens so häufig von zahlreichen verschieden grossen Segmenten einer Kugelfläche oder einer der Kugelgestalt sich nähernden gekrümmten Fläche gebildet wird, liegt nicht etwa in der Struktur des Knochengewebes — denn die verschiedensten organischen Hartgebilde, Zahnbein, verkalkter Knorpel, geflechtartiger und lamellöser Knochen, unterliegen derselben Form der Einschmelzung, und es kann eine und dieselbe Resorptionsgrube gleichzeitig verkalkten Knorpel und Knochen oder Theile verschiedener Lamellensysteme betreffen —; die Ursache dieser Form der Lacunen liegt vielmehr in dem Saftstrome, welcher von jedem einzelnen kapillaren Blutgefässe nach allen Richtungen hin sich verbreitet. In grossen Lacunen findet man regelmässig gerade im Centrum den Durchschnitt eines Kapillargefässes. Auch bei der Einschmelzung der Spongiosa ist es auf Horizontal- und Vertikal-Schnitten ganz auffallend, dass die arrodirten Enden mehrerer Bälkchen gleich weit von einem und demselben Gefässlumen entfernt sind. Man kann dies besonders schön bei der Rarefizirung der Spongiosa in Folge von hereditärer Syphilis beobachten. Die kleineren Lacunen besitzen allerdings kein centrales Gefässlumen, sondern sind häufig von einer vielkernigen Protoplasma-Masse ausgefüllt. Wenn man aber den Rand einer grossen mit

entralem Gefässlumen versehenen Lacune von ielen kleinen Lacunen besetzt findet, so liegt er Gedanke nahe, dass der Saftstrom zwar n Grossen und Ganzen konzentrisch von em Gefässe fortschreitet, dass aber gewisse Stellen der Kapillarwand viel leichter durchängig sind als andere, dass also von diesen Stellen ein verstärkter Saftstrahl hervordringt, nd dass dieser es ist, welcher die sekunären Lacunen als Segmente von kleineren Kugelflächen bildet. — Bei dieser Auffassung erklärt sich die äussere Resorption zur Erhaltung der Form des wachsenden Knochens durch die Annäherung des Periosts mit seiner gefässreichen inneren Schichte, in Folge des Druckes der wachsenden Nachbarorgane. Die Erweiterung der Knochenhöhlen und Knochenkanäle erfolgt nicht durch den unmittelbaren Druck ihres wachsenden weichen Inhaltes auf den harten Knochen, sondern mittelbar durch die entsprechende Ausdehnung ihrer gefässreichen periostalen Auskleidung. Geschwülste und Aneurysmen wirken genau in derselben Weise. Sie zerstören durch ihren Druck nicht direkt das Knochengewebe, denn dann müsste ja zuerst das weichere Periost zum Schwinden gebracht werden, sondern sie drängen das Periost mit seiner Gefässhaut in den Knochen hinein und so wird dieser eingeschmolzen. Dieser Vorgang lässt sich experimentell hervorrufen, indem man einem Kaninchen um eine Extremität eine dünne, elastische Ligatur anlegt. Lange bevor die Integumente durchschnitten werden, bildet sich eine tiefe zirkuläre Furche im Knochen, dicht besetzt mit Lacunen. Das unversehrte Periost aber ist in die Furche hineingestülpt. — Der Saftstrom bewirkt zunächst die Auflösung der Kalksalze, fast gleichzeitig aber auch die Auflösung oder Erweichung der leimgebenden Fibrillen. Dass bei der Lösung der Kalksalze die im Blute und daher auch im Plasma reichlich vorhandene freie, nicht chemisch gebundene Kohlensäure mitwirkt, halte ich für sehr wahrscheinlich, doch ist diese Frage noch nicht ganz spruchreif. Mit der Entkalkung und dem Verschwinden der Fibrillen ist aber das Knochengewebe keineswegs zerstört. Es bleiben die Knochenzellen mit ihren Verzweigungen und das zwischen den Fibrillen vorhandene lebende Kittgewebe, identisch mit der oben erwähnten Grundsubstanz des Bildungsgewebes. In dieser erfolgt eine Vermehrung des körnigen Protoplasma sowie der Kerne, daher die grossen vielkernigen Protoplasma-Massen an der Stelle des erweichten Knochengewebes. Diese Myeloplaxen zerfallen im weiteren Verlaufe in Markzellen, Granulationszellen, Spindelzellen u. s. w., an einzelnen Stellen erfolgt auch eine Umwandlung in Blutkörperchen mit der dazu gehörigen Kapillarwand. — Die Knochenresorption ist aber durchaus nicht auf die lacunäre Form beschränkt. Unter besonderen Umständen geht offenbar der verstärkte Saftstrom vorwiegend durch eine Reihe von Knochenkörperchen und die sie verbindenden Knochenkanälchen, welche sich erweitern und einen schmalen durchbohrenden Kanal bilden. Der im Anfange ununterbrochene protoplasmatische Inhalt des Kanals differenzirt sich erst später in Markzellen, dann auch in Blutkörperchen und die umgebende Kapillarwandung. Bei fortgesetzter Ausdehnung des neugebildeten Gefässchens entstehen wieder Lacunen und Myeloplaxen an der Innenwand des Kanales. — Durch eine enorm vermehrte pathologische Saftströmung können grössere Knochenpartieen gleichzeitig in dichtgedrängte ein- und vielkörnige Protoplasma-Massen zerfallen. Kassowitz hat bei der hereditärsyphilitischen Erweichung der Spongiosa wiederholt grössere Theile derselben durchaus in zusammenhängende, die Form der früheren Balken noch deutlich bewahrende Myeloplaxenmassen umgewandelt gesehen. Die Einschmelzung des grosszelligen verkalkten Knorpels an der Ossifikationgränze und die Bildung der Knorpelmarkkanäle in den noch unverkalkten Knorpeln des präformirten Skelettes beruht auf ganz analogen Vorgängen wie die Einschmelzung des Knochengewebes, indem statt der leimgebenden Fibrillen die Knorpelfibrillen durch die Saftströmung der neugebildeten Gefässe zum Schwinden gebracht werden. Dabei sind nicht gerade die Markzellen die Abkömmlinge der Knorpelzellen, sondern das Markgewebe als Ganzes ist ein Umwandlungsprodukt des Knorpelgewebes. Verf. wird hoffentlich bald in der Lage sein, diesen Umwandlungsprozess in seinen Einzelheiten nachzuweisen. — IV. Rhachitis. Sowie der Saftstrom eines im Knochen neugebildeten oder demselben sich nähernden Blutgefässes das Knochengewebe entkalkt und einschmilzt, ebenso verhindert während der Ossifikation die von einem Gefässe ausgehende Strömung in seiner näheren Umgebung in erster Linie die Bildung der faserigen Grundlage des Knochens, in zweiter Linie die Verkalkung. Daher bildet sich Knochen immer nur in einer gewissen Entfernung von

einem kapillaren Gefässe, die Anlage eines neuen Bälkchens erfolgt immer in der Mitte zwischen zwei Gefässen, ein Lamellensystem bildet sich konzentrisch rings um ein langsam eingehendes Blutgefäss und erst kurz vor der vollständigen Ausfüllung des Markkanals, wenn das schwindende Gefäss nur mehr eine minimale Saftströmung haben kann, sieht man den Knochen in grösserer Nähe des letzteren. Der junge in der Nähe der Gefässe gebildete Knochen ist nicht nur reicher an Höhlen und ärmer an faseriger Grundsubstanz, sondern auch entschieden kalkärmer als der fertige Knochen. Das Produkt einer entzündlichen Knochenneubildung, die osteoïden Auflagerungen im Perioste und in der Markhöhle, sind in Folge des Gefässreichthums und der vermehrten Saftströmung in allen Räumen des Knochens so arm an Grundsubstanz, dass diese an Masse selbst hinter dem Inhalte der Zellenhöhlen zurückbleiben kann. Auch sind sie bekanntlich im Anfange nahezu vollständig frei von Kalksalzen. — Die Untersuchung rhachitischer Knochen auf der Höhe der Affektion zeigt nun allseitig einen ausserordentlichen Gefässreichthum. Der Knorpel und das Perichondrium, die Markräume und das Periost besitzen ungewöhnlich zahlreiche und manchmal enorm erweiterte Gefässe. Die Folgen davon sind: im Knorpel eine mangelhafte, öfter nahezu gänzlich fehlende Verkalkung, die auch häufig in einer gewissen Entfernung von einem Gefässe oder dem gefässreichen Perichondrium mit einer scharfen Gränze aufhört; dabei aber in Folge des vermehrten Zuflusses der Ernährungssäfte eine übermässige Wucherung des Knorpels, dessen Resistenz wieder aus demselben Grunde vermindert ist. Der ältere harte Knochen wird durch neugebildete Gefässe von den Markräumen her vielfach eingeschmolzen, da aber die Vaskularisation fortwährend andere Gebiete ergreift, so füllen sich diese Einschmelzungsräume alsbald wieder mit jungem Knochengewebe. So entsteht ein Gewirre von Kittlinien und Schaltlamellen, wie man es sonst nur in späten Stadien des Knochenwachsthums findet. Die Verkalkung bleibt sehr mangelhaft, weil das Knochengewebe, kaum gebildet und im Beginne seiner Verkalkung, wieder grösstentheils der Einschmelzung verfällt und das bleibende Knochengewebe, so lange die krankhafte Vaskularisation anhält, nicht gehörig verkalken kann. Auch das Periost liefert ein gefässreiches, an Grundsubstanz armes, wenig oder gar nicht verkalktes (osteoïdes) Gewebe. — Um eine vermehrte Saftströmung im Knochen künstlich herbeizuführen, wurde wachsenden Kaninchen der Ischiadikus einer Seite durchschnitten in der Erwartung, dass die dadurch erweiterten Gefässe einen ähnlichen Effekt hervorbringen würden wie bei der Rhachitis. In der That ergab jedes Mal schon nach mehreren Wochen der Vergleich der gesunden und der ihrer Innervation beraubten Extremität erstens eine bedeutende Verringerung des spezifischen Gewichtes der Knochen auf der gelähmten Seite, zweitens eine grössere Biegsamkeit ihrer Diaphysen und drittens eine mässige, aber zweifellose Vermehrung des Längenwachsthums. Also auch hier sind die Kalksalze in den unter dem Einflusse der erweiterten Gefässe neugebildeten Knochenpartieen in geringerer Menge abgelagert worden und hatte eine vermehrte Knorpelzellenwucherung stattgefunden. Die periostale Auflagerung und der krankhaft gesteigerte Wechsel zwischen Anbildung und Resorption fehlte desshalb, weil wohl eine Hyperämie der bestehenden, aber keine vermehrte Bildung von neuen Gefässen erzielt werden konnte. Die Verbiegung der Diaphysen und die Kompression des wuchernden Knorpels musste ebenfalls ausbleiben, weil nebst der Gefässmuskulatur auch die willkürlichen Muskeln gelähmt worden waren. Der Grund der Erweichung der rhachitischen Knochen liegt also darin, dass eine Hyperämie und krankhaft gesteigerte Gefässbildung im ossifizirenden Knorpel und wachsenden Knochen die gehörige Ablagerung der Kalksalze verhindert. — Bezüglich der Ursachen dieser krankhaften Zustände und ihrer enormen Häufigkeit gerade in den ersten Lebensjahren muss Kassowitz wieder auf eine umfassendere Arbeit verweisen, deren Vollendung in nicht zu langer Zeit bevorsteht. (Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1878, Nr. 44.) —

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, Sitzung vom 16. Februar 1878, hielt Geh. Med.-Rath Dr. Seiler Vortrag „über Syphilis hereditaria tarda". Diese Affektion sei von der Syphilis hereditaria recens-natorum oder infantilis aus folgenden Gründen durchaus verschieden: 1) Die ersten Symptome treten nicht früher als im vierten Jahre nach der Geburt auf. 2) Die Symptome zeigen sofort den Charakter der

sogenannten tertiären Syphilis, d. h. Gummata der Haut, gummöse Periostitis, Gummata der Leber, des Gehirns u. s. w. 3) Die Symptome haben oft Neigung zur Naturheilung, ganz so, wie die Gummata der acquirirten Syphilis; dies Letztere ist als feststehendes Axiom anzunehmen. — Als Grundlage seiner weiteren Deduktionen entwickelt Seiler seine Ansichten über Syphilis recens-natorum, wesentlich in Uebereinstimmung mit Kassowitz, und erwähnt unter den Kontroversen nur eine abweichende Ansicht von Lewin, welcher Infektion durch das Blut der Mutter annimmt. — Von den vorgetragenen acht Sätzen ist der fünfte am wichtigsten für die weiteren Folgerungen: „Mit Erlöschen der sekundären Erscheinungen und Auftreten der tertiären (nach Redner besser als „gummöses Stadium" zu bezeichnen) erlischt die essentielle (unbedingte) Heredität, die Vererbung des Gumma erfolgt nach anderen Gesetzen, sie ist potentiell (Disposition) nach Analogie der Skrophulose". (Virchow's entgegenstehende Ansicht ist auf Thatsachen zur Zeit nicht gestützt.) Nebenbei wirft Seiler die Frage auf, ob eine gesunde Frau, welche notorisch von einem sekundär-syphilitischen Manne konzipirt hat, einer Quecksilberkur zu unterwerfen sei? und bejaht eventuell diese Frage. Hauptschwierigkeit bei der Erforschung der Existenz der Syphilis hereditaria tarda ist die Unsicherheit der Vaterschaft; Haupteinwand: „dass es sich bei den betreffenden Fällen nur um spätere Stadien verschwiegener oder latenter Syphilis recens-natorum handle". — Nachdem Redner mittelst der in der Literatur bekannten Kasuistik, namentlich eines Falles von Lewin, das Bild der fraglichen Affektion entworfen und nachgewiesen hat, dass es sich nicht um Skrophulose handle, Skrophulose vielmehr nur geeignet sei, die Diagnose zu erschweren, welche indessen zu erstreben und meistens auch möglich sei, geht er zu seiner die letzten neun Monate umfassenden Kasuistik über. Zweifelhafte Fälle sorgfältig ausscheidend berichtet er von acht Fällen und einem Falle, welcher auf Uebertragung von Syphilis recens-natorum auf ein Kindsmädchen beruht. Der wichtigste Fall ist der eines 21jährigen Mädchens, welches ein ausgedehntes, seit fünf Jahren auf Grund eines subkutanen Gumma entwickeltes Papillom am Unterschenkel aufzuweisen hatte. Dieses Mädchen war konzipirt worden, als ihre Mutter an einer gummösen Periostitis des harten Gaumens erkrankt war; wegen des aus dieser entstandenen Geschwüres war die Mutter im Spitale der Diakonissen-Anstalt merkuriell geheilt worden. Der zweite Fall zeigte Lebergummata sowie ein subkutanes Gumma an der Stirne; ausser verschiedenen Nebenumständen machte der „infantile, fast fötale Uterus" dieser in ihrer Entwickelung zurückgebliebenen, niemals menstruirten Kranken die Diagnose Syphilis hereditaria tarda höchst wahrscheinlich. Die übrigen Fälle (Kranke zwischen dem 7. und 20. Lebensjahre) bestehen in lupusartiger Rhinitis mit charakteristischen syphilitischen Narben im Rachen, serpiginösen Geschwüren mit Hyperostosen, charakteristischen solitären Hautgummata mit fast nachweislicher Erkrankung der Mutter an tertiären Formen zur Zeit der Konzeption. Die Diagnose ex juvantibus fällt bei allen diesen Fällen wesentlich in's Gewicht. — Zur Illustration dieses diagnostischen Hilfsmittels führt Redner zwei Fälle aus seiner Erfahrung der letzten 14 Tage an. Einer davon (10jähriges Mädchen) fällt mit Volkmann's Beschreibung (in dessen Artikel „Lupus und Tuberkulose") zusammen, wo es heisst: „So sah ich also zwei Male bei aufgebrochener Knochentuberkulose der Phalangen (in dem Falle: der Mittelhand-Knochen) Spina ventosa, Pädarthrokake und Lupus (in dem Falle: exquisiter Serpiginosus) in der unmittelbaren Nachbarschaft der Fistel entstehen und nachher über den grössten Theil des Handrückens und selbst des Vorderarmes (in diesem Falle bis über das Ellbogengelenk schlangenartig) sich ausbreiten". Volkmann nahm in seinen Fällen keine Rücksicht auf die Möglichkeit der Syphilis hereditaria tarda; in dem gegenwärtig noch wegen der Karies in Behandlung befindlichen Falle Seiler's heilten die serpiginösen Geschwüre unter örtlicher Anwendung von grauer Salbe und innerlich Jodkali binnen 14 Tagen vollständig. Die entzündliche Infiltration der Weichtheile der „Spina ventosa" ist zusammengefallen, resorbirt. Dies Kind zeigte ausserdem eine charakteristische, dem Knochen adhärirende Narbe über der linken Orbita, ein aufgebrochenes Hautgumma am linken Oberarme und ein Knochengeschwür der linken Mittelhand. (Acht Tage später, also 20 Tage nach der begonnenen Kur [Jod innerlich, Quecksilber äusserlich] war dieser ausgedehnte Krankheitsprozess, welcher vor sechs Jahren mit entzündlicher Schwellung der Hand [Spina ventosa, in diesem Falle jedoch richtiger Ostitis gummosa] begonnen, überall in voller

Heilung begriffen, der Lupus serpiginosus vollständig abgeheilt, vernarbt.) — Zum Schlusse weist Seiler auf die Konsequenzen hin, welche die Anerkennung der Syphilis hereditaria tarda für die Aetiologie der chronischen Krankheiten haben müsse, namentlich sobald seine Hypothese des für sie giltigen Vererbungsgesetzes in weiteren Thatsachen Stütze finden sollte. Dieses Gesetz involvirt die Annahme einer vererbten gummösen Disposition nach Analogie der skrophulösen Anlage. Von diesen Krankheiten nennt er den genuinen Ascites der Kinder und die Epilepsie, beides durch Beispiele erläuternd. Auch bei den Periostitiden, Osteomyelitiden und Arthropathieen des jugendlichen Alters sollte die Diagnose ex juvantibus von den Chirurgen häufiger zur Anwendung gebracht werden als dies in Wirklichkeit der Fall ist. Wenn um ein Knochengeschwür sich ein sklerotisirter Wall oder eine Kapsel post mortem oder post remotionem finde, wie in den Berichten oft zu lesen ist, so sei dieser Befund der Syphilis hereditaria tarda verdächtig. Die warme Empfehlung der Quecksilber-Einreibungen von Seite älterer Chirurgen im ersten Stadium der Erkrankungen dieser Kategorie ist nicht ganz zu vergessen. Bei den von Zeit zu Zeit berichteten glücklichen Kuren der Epilepsie durch Bromkalium müsse man sich erinnern, dass dieses Mittel analog dem Jodkalium, wenn auch viel schwächer, als Antisyphilitikum wirke. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878, Nr. 47.) —

Neueren Mittheilungen über die Metallotherapie entnehmen wir für unsere Leser Folgendes: 1) Die Erfolge dieser Behandlungsmethode bei Hysterischen erklärt W. A. Hammond (Med. and. surg. Reporter, 1878, Nr. 1107) nach dem Vorgange englischer Aerzte begründet durch die interpretirende und die Erwartung spannende Aufmerksamkeit, welche man nach Belieben an geeigneten Patienten wachrufen kann. So sagte er in öffentlicher Versammlung von einem an Hystero-Epilepsie leidenden Mädchen, dass er ihr eine Goldplatte auflegen und sie nach einiger Zeit dann Nadelstiche an dieser Stelle nicht fühlen würde. Der Versuch gelang vollständig, obgleich H. nicht eine Gold-, sondern eine Schildpatt-Platte aufgelegt hatte. Umgekehrt sagte er ihr, dass sie nach Auflegen von Platinaplatten Schmerzen empfinden und an dieser Stelle sehr empfindlich werden würde. Nach Auflegen von Schildpattplatten trat das Vorhergesagte prompt ein. An sich selbst bewies Hammond sodann, dass durch festes Andrücken irgend welcher Plättchen auf die Haut die Stelle für Nadelstiche unempfindlich und nicht blutend wird; wenn nur der Druck hinreichend kräftig ist, treten diese Erscheinungen stets ein, gleichviel aus welchem leitenden oder nicht leitenden Materiale die Plättchen fabrizirt sind. — 2) A. Eulenburg (Deutsche med. Wochenschrift, 1878, Nr. 25 u. 26) hat Versuche unternommen, um darzuthun, dass bei der Berührung gewisser Metalle mit der Haut Ströme von galvanometrisch nachweisbarer Stärke entstehen. Er bediente sich hiezu unpolarisirbarer Elektroden und Metallplatten von möglichster chemischer Reinheit sowie eines sehr empfindlichen Sauerwald'schen Multiplikators. Es ergab sich, dass dieselben Metallplatten bei verschiedenen gesunden Menschen an denselben Stellen der Haut und unter ganz gleichen Bedingungen applizirt, bei dem Einen mehr, bei dem Anderen weniger, beziehungsweise auch ein Mal ganz unwirksam waren, dass ferner nicht alle Metalle in Bezug auf Stärke und Richtung der Galvanometernadel-Ablenkung gleich waren, dass die Ströme nur durch die Berührung der Metalle mit der auf der Haut in grösserer oder geringerer Menge vorhandenen Flüssigkeit entstehen und dass vielleicht die wechselnden Feuchtigkeitsverhältnisse oder abnorme Sekretionsbedingungen eine Erklärung für die oft so sonderbaren und verschiedenen metalloskopischen Phänomene darbieten. Einen merklichen excitokalorischen Einfluss scheint die Metallapplikation beim Menschen jedoch nicht zu haben. — 3) Hat man das Metall gefunden, für welches eine Kranke „empfindlich" ist, und durch Auflegen desselben eine etwa vorhandene Anästhesie gebessert, so kann man nach R. Vigouroux das gewonnene Resultat der Besserung fixiren, wenn man auf das wirksame ein unwirksames Metall auflegt. Dasselbe gelingt, wenn man das zweite Metall in der Entfernung von einigen Centimetern vom wirksamen ebenfalls auf die Haut applizirt. Man kann diese Erfahrungen auf folgende Weise therapeutisch verwerthen: zunächst sucht man durch das entsprechende Metall oder durch den konstanten Strom, beziehungsweise einen Magneten, den beabsichtigten Effekt zu erreichen; ist dies der Fall, so fixirt man das erhaltene Resultat durch Applikation eines Metalles, für welches die

atienten nicht empfindlich sind oder auf elches sie erfahrungsgemäss meist sehr we- g oder gar nicht reagiren. (Progrès médical, 878, Nr. 30.) — 4) C. Westphal (Berliner in. Wochenschrift, 1878, Nr. 30) wiederholte nd variirte die in Frankreich angestellten ersuche über Metalloskopie und konnte sie n Wesentlichen bestätigen. Die Zeit, in elcher nach der Metallauflegung die Sensi- ilität zurückkehrt, wurde meist grösser be- nden als in den französischen Mittheilungen. bweichend von dem Burcq'schen Axiome aben sich manchmal bei derselben Kranken erschiedene Metalle wirksam gezeigt; neu ist s, dass auch gefirnisste und mit Siegellak berzogene Metallplatten, beziehungsweise olche aus Knochen, und dass auch Senfteige ieselben Wirkungen, wenngleich erst nach twas längerer Zeit, hervorbrachten. Galva- nische Ströme sind daher nach Westphal nicht die allgemein wirksamen Faktoren, vielleicht dass der Druck eine gewisse Rolle bei diesen Erscheinungen spielt. Beobachtet, wenngleich nicht aufgeklärt, wurde auch das von den Franzosen „Transfert" genannte Phänomen. Einzelne Versuche (die stereo- skopischen zur Prüfung des angeblich fehlen- den Farbensinnes) lassen daran denken, dass man den „Vorstellungen" einen Antheil an den Erscheinungen zuschreiben muss. Was die therapeutische Seite der Frage betrifft, so wurde meist nur ein temporärer, einige Male aber auch ein dauernder Erfolg erzielt. — 5) Ein maniakalischer Soldat bot nach Mit- theilung des Dr. A. Meyer bei der Unter- suchung am linken unteren Schulterblattwinkel eine einen Quadratzoll grosse, durchaus an- ästhetische Stelle dar. Nach fünf Minuten lan- gem Auflegen eines Zweimarkstückes klagte er über Kitzel- und Wärmegefühl an der be- treffenden Stelle und fast der ganzen linken Unterextremität. Nach 10 Minuten wurde die Metallplatte entfernt; die Anästhesie war nicht mehr nachzuweisen. (Berliner klin. Wochen- schrift, 1878, Nr. 33.) —

Die feineren Vorgänge bei der Heil- ung von Lungen- und Pleura-Wunden bespricht H. Hadlich in v. Langenbeck's Archiv Bd. XXII S. 842. Es sind aus- schliesslich die Stich- und Schnittwunden, welche derselbe einem eingehenden Studium an Kaninchen unterzogen hat, wobei er Kom- plikationen nach Möglichkeit zu vermeiden suchte. Die dem getödteten Thiere entnom- menen Lungen wurden sofort durch die Trachea mit Alkohol gefüllt, späterhin zum Schneiden zwischen Leder stark zusammen- gedrückt, nach der Wiederausdehnung in Wasser mit Pikrokarmin und Hämatoxylin gefärbt und in Glyzerin gelegt. Von Interesse sind zunächst die Verhältnisse des Blutinfil- trates, welches in seiner Ausdehnung und Lage grossem Wechsel unterworfen ist. Die Wunde der Pleura pulmonalis ist immer nur durch ein schmales Gerinnsel getrennt, wäh- rend in dem benachbarten Lungengewebe oft umfangreiche Bluthöhlen sich vorfinden. Doch können diese Blutinfiltrate sich an jeder Stelle derselben oder selbst der anderen Lunge, ferne von jeder Verwundung, vorfinden, indem das in die Bronchien ergossene Blut in die Luftröhre gelangt und von hier durch den Inspirationsstrom in jeden beliebigen Lungen- abschnitt gerissen wird. Der Pleura ist häufig ein kleiner Fibrinpfropf aufgelagert. Die Reak- tion in der Umgebung der verletzten Lungen- partie charakterisirt sich durch Aufquellung und Desquamation der Alveolar-Epitelien einerseits und durch immer zunehmende In- filtration des interstitiellen Bindegewebes mit Wanderzellen andererseits. Mit dem 3. oder 4. Tage treten in den Wundrändern Spindelzellen auf, welche mit allmähliger Zu- nahme die Vernarbung einleiten. Die durch- schnittenen Arterien weisen in ihren Wänden den unter dem Namen der Arteriitis obliterans bekannten Prozess auf. Die Adventitia er- füllt sich mit Rundzellen, welche die Media sehr spärlich durchsetzend in immer stärkerem Maasse auch die Intima infiltriren, bis das Lumen ganz oder nahezu ganz verschlossen ist. Bei grösseren Arterien indessen scheint dieser Reizzustand wieder rückgängig werden zu können. — Die durchschnittenen Bronchen treten mit ihren Schnitträndern in unmittel- bare Berührung mit dem Blutextravasate. Da sonach die Inspirationsluft direkt gegen letz- teres sich richtet, so bewirkt der Luftstrom eine allmählige Dehnung des neu sich bilden- den Gewebes und enthält die Narbe, auch in der Pleura, kommunizirende Lufträume, welche grösser als die Alveolen sind und deren Wände ausschliesslich aus Narbengewebe be- stehen. Diese Wände können sich selbst mit Epitel bekleiden, welches von dem Epitel der Bronchiolen abstammt, so dass schliesslich das Narbengewebe dem eigentlichen Lungen- gewebe sehr ähnlich wird. Sind nur kleinere Bronchialäste durchschnitten, so ist der Luft- strom nicht kräftig genug und dann bildet

sich eine solide weisse Narbe. Die durchschnittenen Bronchialenden scheinen allmählig wieder in Kommunikation mit einander zu treten. Ob das in die Alveolen ergossene Blut schon an sich im Stande ist, eine Pneumonie hervorzurufen, lässt Verf. dahingestellt, glaubt aber, dass es neben der Verwundung immerhin als begünstigendes Moment wirke. — Die Wunden der Kostalpleura unterscheiden sich durch stärkeres Klaffen von jenen der Lungenpleura und sind demnach durch eine grössere Menge fibrinös-blutiger Zwischenmasse geschlossen, welche die bekannten Veränderungen bis zur Vernarbung durchmacht. Auf der Pleura selbst lagert gewöhnlich ein Exsudatpfropf, welcher aus Faserstoff und lymphoiden Zellen zusammengesetzt ist. Die Einlagerung der Zellen, welche von aussen einzuwandern scheinen, nimmt mehr und mehr zu; endlich beginnt der Pfropf sich zu organisiren. Ob die Pleura-Endothelien an den Proliferations- und Gewebsbildungs-Vorgängen bei Verletzungen Theil nehmen, konnte Hadlich nicht mit Sicherheit entscheiden. —

Unter bestimmten Bedingungen werden Herz-Töne und -Geräusche schon in einiger Entfernung von dem Kranken mit unbewaffnetem Ohre gehört. Bei Beschreibung dieses Phänomens berücksichtigt W. Ebstein nur solche Fälle, in welchen die Schallerscheinungen mindestens in einer Distanz von $^1/_2$ bis 1 Meter hörbar waren. Auf Grund eigener Erfahrungen und unter ausführlicher Berücksichtigung der sehr zerstreuten Kasuistik kommt derselbe zu dem Resultate, dass man drei Gruppen solcher Erscheinungen, die unter allen Umständen seltene Vorkommnisse darstellen, unterscheiden könne: 1) den auf grössere Entfernung hörbaren Herzschlag und ersten Ton; 2) die auf grössere Distanz hörbaren beiden Herztöne und 3) die auf grössere Distanz hörbaren Herz- und Aortengeräusche. — Ad 1. Die sehr spärlich zufliessenden Beobachtungen gehören vorwiegend der älteren Literatur an. Ebstein bereichert die Kasuistik um eine eigene Beobachtung und auch Zenker fügt in einer redaktionellen Anmerkung eine solche hinzu. Die Ursachen für das Auftreten dieses Phänomens haben sich nicht in vollem Umfange bestimmen lassen. Von Einfluss sind starke Gasauftreibung des Magens, wobei der Herzton durch Resonanz verstärkt wird, Gasansammlung im Herzbeutel, Hypertrophieen des Herzens und beträchtliche Erregung der Herzbewegung überhaupt. Beobachtungen über das auf Distanz Hörbarwerden nur des zweiten Herztones liegen bis jetzt nicht vor. — Ad 2. Beide Herztöne können unter gewissen Umständen in grösserer Entfernung gehört werden, entweder bei abnorm nervöser Erregung der Herzthätigkeit oder wenn es sich um organische Veränderungen am Herzen oder am Herzbeutel handelt. Verf. führt drei Fälle von Pyopneumoperikardium an, in welchen solches der Fall war, und theilt theils aus eigener, theils aus fremder Erfahrung je eine Beobachtung dafür mit, dass bei Mitralklappen-Insufficienz und Stenose des linken venösen Ostiums die beiden Herztöne in Entfernung gehört wurden. — Ad 3. Bei Pyopneumoperikardium sind auf Entfernung hörbare Reibegeräusche mehrfach beschrieben worden. Auch bei Synechieen des Herzbeutels hat man weithin hörbare Geräusche notirt. Während beobachtet wurde, dass sich die Geräusche der Stenosis und Insufficienz der Aortenklappen und ebenso das systolische Geräusch einer Pulmonalstenose weiter vom Kranken fortpflanzen können, fehlt es an Beobachtungen, in welchen die Geräusche unkomplizirter Bicuspidalklappen-Erkrankungen auf weitere Entfernungen gehört wurden. Von kombinirten Herzklappenfehlern führt Ebstein eine eigene Beobachtung (Insufficienz der Mitralklappe und Stenose der Aorta) an, in welcher zur Zeit hochgradig gestörter Kompensation das systolische Geräusch weit hörbar wurde. Bei Aorten-Aneurysmen hat man zwar gefunden, dass sich Geräusche, nicht aber, dass sich etwaige Töne weit fortpflanzten. Ja, es können weit hörbare Geräusche auftreten, ohne dass materielle Veränderungen am Herzen oder an den grossen Gefässen bestehen. Zum Schlusse erwähnt Ebstein noch Beobachtungen, in welchen bei Pneumothorax durch die Herzbewegung angeregte Geräusche in grösserer Entfernung gehört wurden. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXII S. 113.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 51.

Erlangen, am 21. Dezember 1878.

Wöchentlich ein Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Zur Diagnose der Rückenmarkskrankheiten. Werth rascher Erweiterung der Harnröhre und des Blasenhalses zur Feststellung von Erkrankungen der Gebärmutter. Zur Frage, ob der Uterus im gesunden Zustande sich bewege oder nicht. Lange Dauer der Albuminurie nach akuter Nephritis. Ursache und Bedeutung der näselnden Sprache. Fall von geheilter Lyssa. Podophyllin gegen Gallensteinkolik und habituelle Stuhlverstopfung. Ueber Polythelie. Ueber embolische Endokarditis. Verfahren zur fast ganz schmerzlosen Applikation des Cuprum sulphuricum auf die Konjunktiva. Resultate aus Blutuntersuchung einer Typhösen. Untersuchungsresultate über Herztöne vermittelst Mikrophon und Telephon.

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden, Sitzung vom 9. Februar d. Js., hielt Med.-Rath Dr. Erdmann einen Vortrag „über die Diagnose der Rückenmarkskrankheiten". Nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Fortschritte in der anatomischen Kenntniss der Erkrankungen des Rückenmarkes und deren sich immer mehr heranbildende Kongruenz mit der klinischen Beobachtung derselben bespricht er zunächst einige genau charakterisirte Symptomenkomplexe, aus denen man mit annähernder Sicherheit auch ganz bestimmte Krankheiten des Rückenmarkes diagnostiziren könne. Die Gangart betreffend unterscheidet er den paralytischen Gang, der schleppend steigend sei wie bei sehr ermüdeten Menschen und welcher gewissen Formen der chronischen Myelitis zukommt; ferner den ataktischen Gang mit Schleuderbewegungen und der bekannten Unsicherheit der Kranken beim Umdrehen, und endlich den spastischen Gang, der durch reflektorische Muskelspannungen bedingt ist. Von weiteren Symptomen erwähnt Erdmann das veränderte Verhalten der Sehnenreflexe, welche bei Lateralsklerose erhöht, bei Tabes vermindert, beziehungsweise ganz aufgehoben sind; ferner das Zittern bei beabsichtigten Bewegungen, das sogenannte Intentionszittern; dann die Sprach- und Schling-Störungen, wie sie besonders für die Bulbärparalyse charakteristisch sind, die Atrophieen des Nervus opticus, die Diplopie, die Formikationen besonders im Ulnaris-Gebiete, den Fersenschmerz und die gastrischen Krisen, denen Charcot eine grosse Bedeutung beilegt. — Komplizirte Fälle und gewisse Uebergangsformen bedingen auch komplizirte Symptomenkomplexe, deren Deutung nicht leicht ist und bei denen man oft genug auf die Annahme einer sogenannten Spinalirritation zurückgreifen muss, welche letztere — wenn auch anatomisch nicht begründet — dennoch sicher existirt. Ausser dem Spinalschmerze, welcher stets als erstes Symptom auftritt, kommen alle möglichen anderen Symptome wie bei organischen Erkrankungen des Rückenmarkes vor. Kongestionszustände desselben bedingen Schmerzen in der Gegend des Rückgrates, die sich aber bei Druck auf die Dornfortsätze nicht steigern, ferner Parästhesieen, Anästhesieen, Depressionszustände, Reizungen der Geschlechtsorgane; Minderung dieser Erscheinungen tritt ein bei der Bauchlage, Verschlimmerung derselben in der Rückenlage. Anämie des Rückenmarkes, wie sie experimentell durch Unterbindung der Bauchaorta zu erzeugen ist und in Folge von embolischer Verstopfung klinisch beobachtet wurde, ist in ihren Erscheinungen bekannter. — Leyden unterscheidet drei Formen der Spinalirritation, nämlich 1) die hysterische, 2) die hypochondrische und 3) die anämische Form, an welche sich noch Unterarten anreihen lassen. Ad 1 bemerkt der Vortragende, dass der Unterschied zwischen Hysterie und der Spinalirritation überhaupt sehr schwer ist; auch sind die Anfangsstadien

der disseminirten Herdsklerose schwer von der Hysterie zu trennen. Bei dieser treten die sensiblen, bei jener die motorischen Störungen mehr hervor. Unter den letzteren ist besonders das Intentionszittern zu bemerken, welches in der Ruhe schwindet, entgegengesetzt dem Zittern bei Paralysis agitans. Jenes Intentionszittern nimmt ab bei zunehmender Krankheit und weicht schliesslich eigenthümlichen spasmodischen Kontrakturen, besonders der Streckmuskeln, durch welche beträchtliche Gelenkabnormitäten bedingt werden können. Ad 2. Bei hypochondrischen Lähmungen sind die subjektiven Beschwerden viel beträchlicher als die objektiv nachweisbaren, die Lähmungen sind nur geringgradig, wechselnd und rasch schwindend. Verschlimmerungen sind bisweilen bedingt durch dyspeptische Beschwerden. Zu Grunde liegt hierbei eine venöse Hyperämie des unteren Rückenmarkes. Ad 3. Die an der anämischen Form der Spinalirritation leidenden Kranken sind meist Pessimisten; es fehlen eigentliche Lähmungen; nur funktionelle Schwäche, oft bedingt durch vorausgegangene starke Samenverluste, ist vorhanden; Schmerzen treten auf an wechselnden Stellen; Blase und Mastdarm bleiben intakt. — Das Allgemeinbefinden wird oft genug bei wirklichen Rückenmarkskrankheiten — trotz jahrelang bestehender Lähmungen — fast nicht gestört: bei Spinalirritation ist das Gegentheil vorhanden. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 23. Nov. 1878.) —

Den Werth der raschen Erweiterung der Harnröhre und des Blasenhalses zur Feststellung von Erkrankungen der Gebärmutter sucht J. Halliday Croom zu Edinburg durch nachstehenden (im Obstetr. Journ. VI p. 78 veröffentlichten) Fall zu illustriren: Eine 38jährige anämische, aber gut genährte Frau, welche drei Mal normal geboren hatte, wurde wegen Kreuzschmerz, Dyspepsie und allgemeiner Schwäche im September 1877 aufgenommen. Die Vagina war kurz und geräumig, der tiefstehende Uterus leicht beweglich, der Cervix dünn, glatt, quergespalten. Zwischen beiden Händen fühlte man den Uterus kleiner und weicher als er sein sollte, Gestalt und Lage desselben waren deutlich zu erkennen. Die etwas prolabirten Ovarien waren normal gross. Die Sonde liess sich ohne Kraftanwendung leicht durch den Cervix in den Uterus einbringen. Sie stieg mindestens 5 Zoll tief in der Höhle empor. Hieraus ergab sich in Anbetracht der kleinen Dimensionen des Uterus eine Abnormität. Nachdem die Sondirung keine Blutung veranlasst hatte, wurde sie nach zwei Tagen auf dieselbe Weise wiederholt, ohne Schmerz zu veranlassen; die Sonde drang dieses Mal 7 Zoll hoch empor, ihre Spitze war unterhalb des Nabels nach links deutlich durch die Bauchdecken zu fühlen. Es zeigte sich weiter, dass das Instrument in der linken Uterusseite ungehindert emporstieg, während es, wenn man die Spitze nach der rechten Seite ablenkte, kaum $2^1/_2$ Zoll tief eindrang. Lag die Kranke auf dem Rücken, so liess sich die Sondenspitze von der linken nach der rechten Seite des Nabels bewegen. Zuweilen fühlte man die Sondenspitze undeutlicher, offenbar in Folge von Zwischenlagerung der Därme. Die Untersuchungen wurden im Laufe von vier Monaten öfter mit dem gleichen Resultate wiederholt. — Es fragte sich nun, ob die Sonde den weichen Fundus durchbohrte oder ihren Weg durch die dilatirte Fallopische Röhre nahm. Für beide Möglichkeiten finden sich Beispiele einerseits von Simpson, Martin, Spiegelberg, Lawson und Tait wie andererseits von Duncan, *Hildebrandt* und Biedert. Für die Entscheidung dieser Frage war im vorliegenden Falle wegen der Dicke der Bauchwand die bimanuelle Untersuchung nicht ausreichend, die Dilatation des Cervix bei einliegender Sonde nicht thunlich, während sie ohne Sonde nutzlos sein musste, da sich die Oeffnung im Uterus-Fundus voraussichtlich jedes Mal schloss, wenn die Sonde zurückgezogen wurde. Die Erweiterung des Rektum nach Simon erschien aber zu gefährlich, zumal es sich nur um ein diagnostisches Interesse handelte. Croom entschloss sich daher zur Erweiterung der Harnröhre nach Noeggerath, indem er dazu die konischen Hartgummizapfen Simon's verwendete. Die Kranke wurde chloroformirt, die Sonde 5 Zoll tief in die Gebärmutter eingeführt und von einem Assistenten gehalten, der Cervix mit einer Hackenzange erfasst und drei kleine Inzisionen in den Rand der Harnröhrenmündung gemacht. Hierauf legte Croom die konischen Hartgummizapfen Simon's in die Harnröhre ein, bis die letztere weit genug war, um den Zeigefinger durchzulassen. Dieser drang nun in die Harnblase ein, der Mittelfinger lag in der Scheide und der Assistent zog den Uterus weit genug herab, so dass

er Fundus im bequemen Bereiche des Fingers
ig. Verfasser fühlte jetzt den Fundus, die
ordere Uteruswand und die sich darin be-
egende Sonde, welche das linke Uterushorn
orne und oben perforirt hatte. Links davon,
anz deutlich und abgesondert, erkannte er
en Anfang der linken Tuba Fallopii, wäh-
end die rechte nicht zu erreichen war. Die
nwesenheit der Sonde im Uterus und die
eweglichkeit des letzteren erleichterte die
ntersuchung wesentlich. Während die Sonde
us dem Uterus langsam ausgezogen wurde,
onnte Croom mit dem Finger keine Ver-
iefung an der Oberfläche des Fundus er-
ennen, die der Uterinöffnung entsprochen
ätte. Es gelang ihm weder das Ende der
linken Tuba, noch die rechte, noch die Eier-
stöcke zu betasten. Die Untersuchung stellte
sonach die Perforation des Uterusfundus fest
und zeigte, dass dieselbe leicht und häufig
ohne Gefahr für die Kranken vorkommen
könne. — Bei der Diskussion über diese Mit-
theilung in der geburtshilflichen Gesellschaft
zu Edinburg bestätigte Prof. Simpson die
Angaben Croom's über den fraglichen Fall.
Er selbst hat eine Perforation eines sehr
mürben Uterus mit der Sonde gleichfalls be-
obachtet. Zur Erweiterung der Harnröhre
bedient er sich erst des kleinen, dann des
Zeigefingers. —

Die neuerdings aufgestellte Vermuthung, dass der Uterus sich im Momente der Konzeption bewege, veranlasste Dr. Peters zu Bad Elster, zu untersuchen, ob der Uterus im gesunden Zustande und bei ruhiger Lage der Frau sich bewege oder nicht. Zu diesem Zwecke führte er mehreren gesunden Frauen bei Rückenlage und im Kniee gebeugten Schenkeln im Speculum einen dünnen, geraden, 26 Cm. langen Laminariastift in den Cervix ein. Einige Minuten später, nachdem der Stift sich durch seine Anschwellung im Cervix fixirt hatte, entfernte Peters das Speculum vorsichtig und beobachtete nun die Spitze des langen, aus der Scheide hervorragenden Laminariastiftes, in der Voraussetzung, dass eine etwa stattfindende Bewegung des Uterus sich dem im Cervix fixirten Stifte mittheilen müsste. Und in der That bestätigte sich diese Vermuthung in allen in dieser Weise beobachteten Fällen: die Spitze des solcher Art im Cervix fixirten Stiftes machte nämlich kleine, hebelartige, regelmässig auf und niedergehende Bewegungen, von unten nach oben und wieder herab. Um die Art dieser Bewegungen graphisch darzustellen, steckte Verfasser einen feinen, in Tinte getauchten Pinsel auf die Spitze des Laminariastiftes und hielt nun ein Stück Papier ruhig gegen die Spitze dieses Pinsels. So zeichnete der Uterus selbst seine Bewegungen auf das Blatt auf. Nachdem der Pinsel eine Bewegung der Laminariaspitze abgedrückt hatte, schob Verf. das Papierblatt etwas weiter, so dass der Pinsel nun die nächste Bewegung der Spitze neben der ersten notiren konnte, und entstanden der Art kleine vertikale Striche, welche, wenn der Pinsel einmal stärker aufdrückte, fast eben so breit wie hoch erschienen. Die Höhe dieser Striche schwankt bei verschiedenen Individuen; im Mittel beträgt sie 3—5 Mm. Lässt man die Frau tief einathmen, so werden die Striche beträchtlich höher, bis zu 1 Cm. und darüber, und bemerkt man bei solchen tiefen Inspirationen, dass die Spitze des Pinsels von unten nach oben geht, so dass am Ende der Inspiration der oberste Punkt des Striches gemacht ist. — Peters beobachtete nun auch, wie viel solche auf- und niedergehende Bewegungen die Laminariaspitze in einer bestimmten Zeit machte, und fand, dass in einer Minute etwa 12—16 solcher Bewegungen erfolgten. Dieser Zahl entspricht genau die normale Athemfrequenz in der Minute bei vollkommener Körperruhe. Demnach sind diese regelmässigen Bewegungen des Uterus jedenfalls die Folge der Athembewegung, indem der durch das bei der Inspiration herabtretende Zwerchfell auf die Baucheingeweide ausgeübte Druck von diesen dem Corpus uteri mitgetheilt wird. In Folge dieses Druckes wirkt der Uterus als Hebel, wodurch der Cervix in eine hebelartige, auf und nieder gehende Bewegung versetzt wird. (Wagner's Archiv 1878 Heft 5 und 6.) —

J. Fischel hat in acht Fällen von akuter Nephritis lange Zeit (10 Wochen bis selbst über 9 Monate lang) nach Ablauf aller übrigen für diesen Krankheitsprozess charakteristischer Zeichen Albuminurie fortdauern gesehen, ohne dass die Wahrscheinlichkeit bestand, dass die akute Nephritis in eine chronische übergegangen sei. Zur Begründung der Ansicht, dass es sich um eine chronische Nephritis nicht gehandelt habe, führt Verfasser an, dass der Uebergang der akuten

Nephritis in die chronische an sich schon zu den grössten Ausnahmen gehöre, dass ferner, wie bereits oben erwähnt, alle Erscheinungen eines Nierenleidens, die anfänglich meist vollständig vorhanden gewesen, bis auf die Albuminurie zurückgegangen waren, dass Harncylinder nur bei einzelnen Patienten vorübergehend und in sehr geringer Anzahl sich vorfanden, während sie bei einer Rekrudescenz der Affektion oder bei einem Weiterschreiten derselben doch in grösserer Zahl hätten vorkommen müssen, und dass auch die sonstigen Eigenschaften des Harnes in Bezug auf Menge des Sekretes, spezifisches Gewicht etc. keine Veränderungen gegen die Norm zeigten. Auch die allgemeinen Störungen, welche die Nephritis im Gefolge hat, waren verschwunden, die Patienten hatten sich vollkommen erholt; ebensowenig bestanden andere Affektionen, bei welchen bisweilen Albuminurie beobachtet wird. Die Erklärung für eine solche Persistenz der Albuminurie findet Fischel darin, dass die Bedingungen, welche Albuminurie erzeugen, in den genannten schweren Krankheitsfällen längere Zeit fortbestanden. Diese Bedingungen sind: a) eine Erhöhung des Blutdruckes in den Nierengefässen, b) eine erhöhte Permeabilität der zwischen Blut- und Harn-Flüssigkeit befindlichen Membranen. Die erstere Bedingung ist vorhanden sowohl bei der interstitiellen als bei der parenchymatösen Nephritis. Bei der interstitiellen Form, bei welcher das interstitielle Gewebe der Glomeruli allein betheiligt ist, tritt dadurch, dass in Folge der Kernanhäufung um den erkrankten Glomerulus eine Gefässkompression, also Einengung der Blutbahn, erzeugt wird, eine Blutdrucksteigerung in den verschont gebliebenen Gefässschlingen auf. Ebenso ist aber auch der Blutdruck in den Glomerulis auch gesteigert bei der parenchymatösen Nephritis, wie sich aus den hierbei stattfindenden Vorgängen ergibt (Kompression der Kapillaren durch Emigration der Blutkörperchen). Was die zweitgenannte Bedingung anlangt, die erhöhte Permeabilität der zwischen Blut- und Harn-Flüssigkeit befindlichen Membranen, so wird sie hergestellt durch die bei hochgradigen Nierenentzündungen massenhaft erfolgende Abstossung der Epitelien der Harnkanälchen. Und da die Reproduktion der Epitelien nicht so bald eintreten kann, so erklärt sich hieraus die lange Dauer der Albuminurie. (Deutsche Zeitschrift für praktische Medizin, 1878, Nr. 48.) —

Mit der Ursache und Bedeutung der näselnden Sprache beschäftigt sich (in den Wiener mediz. Blättern 1878 Nr. 23 und 24) Dr. Pieniazek und kommt durch direkte Untersuchung des Gaumens bei Bildung der Vokale mittelst des rhinoskopischen Spiegels zu folgenden Resultaten: 1) nur bei nasalirten Lauten (z. B. das französische en, on, un) fehlt das Gehobenwerden des Gaumens gänzlich; 2) bei allen Vokalen, denen kein nasaler Beiklang beigemischt wird und bei welchen die Mundspalte noch soweit offen bleibt, dass das Rhinoskopiren ausführbar ist, wird das Gaumensegel deutlich gehoben; dasselbe legt sich aber nie vollständig an die hintere Rachenwand an, sondern bleibt immer ein in der transversalen Richtung länglicher Spalt übrig. Dieser Spalt ist am engsten in der Mitte, der Ansatzstelle des Zäpfchens am weichen Gaumen gegenüber. Weiter hinauf wird er entsprechend der Wölbung des weichen Gaumens immer breiter. Dieser Spalt ist bei den einzelnen Vokalen, bei welchen die Beobachtung möglich ist, bei A am breitesten, obwohl viel kleiner wie bei Nasenlauten. Dann folgt A, E, O, am geringsten bei gewissen Mittellauten zwischen E und Y und O und U; 3) bei Tonerhöhung nimmt der Spalt sehr wenig an Dimensionen ab. Beim Uebergange vom Brust- in das Kopf-Register wird die Abnahme bedeutender, aber sogar bei den höchsten Falsettönen bleibt der Spalt bestehen und selbst in der Mitte gegenüber der Ansatzstelle des Zäpfchens findet eine Berührung der hinteren Rachenwand nicht Statt; 4) bei reflektorischen Brechbewegungen wird der Spalt gänzlich geschlossen; 5) spricht man absichtlich näselnd, so wird der Gaumen wenig oder gar nicht gehoben; der Spalt bleibt grösser als bei nicht nasalirten Lauten, aber kleiner als bei reinen Nasallauten. Die bei der Phonation betheiligten Muskeln, die Heber und Spanner des Gaumensegels, reichen nicht aus für den völligen Abschluss, sondern es müssen dazu die oberen Rachenschnürer mitwirken, die sich bei reflektorischen Brechbewegungen zusammenziehen. — Die Frage, warum die normale Stimme bei nicht vollständigem Abschlusse des Nasenrachenraumes keinen näselnden Beiklang hat, beantwortet Pieniazek dahin, dass der Spalt zu klein sei, um eine entsprechend starke Resonanz im Nasenrachenraume stattfinden zu lassen. Wird dieser Spalt willkürlich oder in Folge von Krankheiten grösser, so bekommt die Stimme so-

leich einen eigenthümlich näselnden Beiklang. Auf diese Weise erklärt sich die näselnde Sprache einerseits bei Defekten und Perforationen des weichen Gaumens, andererseits bei Lähmungen und anderen Motilitätshemmungen desselben. Auch das nasale Timbre der Stimme bei Verstopfung der Nase ist auf verstärkte Resonanz im Nasenrachenraume zurückzuführen. — Bei völliger Absperrung des Nasenrachenraumes von der Rachenhöhle tritt keine näselnde Sprache ein und ist das Aussprechen der normal nasalirten Laute unmöglich. Auch unter normalen Verhältnissen findet ein Resoniren im Nasenrachenraume Statt, jedoch ist dasselbe bei ungehindertem Abzuge der Luft durch die Nase zu gering, um der Stimme das nasale Timbre zu geben. Werden die auf dem Wege nach aussen befindlichen Luftwellen durch ein davor geschobenes Hinderniss in den Nasenrachenraum reflektirt, so wird dadurch einmal die Resonanz in letzterem verstärkt, andererseits lastet der Druck der vermehrten Luftmenge auf dem Gaumensegel und trägt dazu bei, dasselbe zu ermüden. Die Sprache ist näselnd, jedoch kann durch eine Willensanstrengung die Ermüdung überwunden, der Gaumen gehoben werden und die näselnde Sprache in den Hintergrund treten. Bei den nasalirten Lauten, bei welchen überhaupt keine Hebung des Gaumensegels stattfindet, kann jedoch der Wille keinen Einfluss mehr haben und die Nasallaute erscheinen bei Verschluss der Nase besonders unangenehm näselnd. Umgekehrt bei Defekten des Gaumens; da erscheinen die Nasallaute normal und die gewöhnlichen Vokale nasalirt. —

Folgenden Fall von geheilter Lyssa theilt J. Nicholis im Lancet 1878 mit: Ein kräftiger Fuhrmann wurde im Januar 1878 von einem kleinen Hunde gebissen. Die Wunde war längst geheilt, als der Patient am 7. März über Schmerz in den Füssen klagte. Bald darauf traten grosse Reizbarkeit, Unruhe, Appetitlosigkeit, Empfindlichkeit gegen die geringsten Geräusche, Halsschmerzen und Beschwerden beim Schlucken ein. Am 11. März stürzte Patient auf der Strasse bewusstlos zusammen. Nicholis fand den in ein Haus gebrachten Kranken gebunden an Händen und Füssen, in die ersteren beissend, wild um sich schlagend, mit kaltem Schweisse auf dem blassen Gesichte, mit Konvulsionen behaftet, Speichel vor dem Munde, mit kleinem Pulse und langsamer erschwerter Respiration. Es wurde ein eigenthümlicher Ton von dem Kranken ausgestossen, der mehr einem Heulen als Schreien zu vergleichen war. Beim Umdrehen brach der Kranke einen zähen Schleim aus, bekam für einige Minuten das Bewusstsein zurück, klagte über die Brust und wurde dann wieder bewusstlos, worauf tetanische Konvulsionen sich einstellten. Im Krankenhause wiederholte sich das Erbrechen, ohne dass das Bewusstsein zurückkehrte, es gesellten sich der heftigste Opisthotonus dazu und derartige Konvulsionen, dass mehrere kräftige Männer den Kranken halten mussten. Die Muskeln der Extremitäten kontrahirten sich bei der leisesten Berührung. Es wurden Chloroform-Inhalationen sowie subkutane Morphium-Einspritzungen mit Tinctura Fab. Calabar angewendet. Während der Nacht stellte sich Schlaf ein, mit dem Erwachen kehrten jedoch die Konvulsionen wieder. — Am folgenden Tage kam der Schlaf ohne Chloroform-Einathmungen, die tetanischen Konvulsionen aller Muskeln dauerten fort und wurden drei subkutane Injektionen von Morphium mit Tinct. Fab. Calabar vorgenommen. Am Abende kehrte das Bewusstsein wieder, worauf Patient zu trinken verlangte, jedoch nur einige Schluck zu sich nahm, während er grössere Quantitäten krampfhaft wieder von sich gab. Die darauf folgende Nacht verlief ruhiger. — Da seit mehreren Tagen kein Urin entleert worden war, so führte Verf. einen Katheter ein und brachte damit eine grosse Menge Harn zum Vorscheine. Puls und Temperatur waren normal, die Pupillen kontrahirt, die Haut trocken, Durst vorhanden, doch wenn der Kranke trinken wollte, stellte sich Krampf ein und biss der Patient in die Tasse. Laut angeredet zeigte er die Zunge und brachte einzelne Silben und Wörter hervor. Am nächsten Tage erhielt Patient ein Abführmittel von Kalomel, sowie Klystire von Ricinusöl, musste noch häufig katheterisirt werden, trank schon mit geringerer Anstrengung, konnte jedoch keinen weissen oder glänzenden Gegenstand sehen, ohne Krämpfe zu bekommen. — Nachdem diese Symptome mehrere Tage angedauert hatten, stellte sich ein klareres Bewusstsein ein. Vom 15. bis 23. März besserte sich der Zustand langsam, doch mussten bei den wiederholt auftretenden, mehr oder weniger heftigen Konvulsionen die subkutanen Morphium-Einspritzungen noch 2—3 Male täglich vorgenommen, der Katheter und Lavements von Terpentin- und Ricinus-

Oel angewendet werden. Die Scheu, weisse Gegenstände zu sehen, erhielt sich noch mehrere Tage und das Verlangen nach Trinken stellte sich erst spät ein, da Patient nur aufgefordert und langsam trinken konnte. Elf Tage nach Beginn der Erkrankung erfolgte die erste Stuhlentleerung und ging dann von da ab regelmässig von Statten. Eine verdriessliche Stimmung war noch vorhanden, so dass der Kranke ungerne antwortete und das Geräusch der sein Zimmer passirenden Personen nicht ertragen konnte. Die Einspritzungen wurden täglich nur noch ein Mal vorgenommen, so dass am 26. März die Krämpfe vollständig nachliessen, der Kranke in ein anderes Zimmer und am Tage darauf in den Garten gebracht werden konnte. Er ging dann für zwei Monate auf das Land und stellte sich im Monate Mai im Krankenhause als ganz wohl, jedoch noch etwas schwach vor. — In 21 Einspritzungen waren im Ganzen 2.5 Morphium und 0.2 Kalabarbohne verabreicht worden. —

Das Podophyllin, das harzige Extrakt der Wurzel von Podophyllum peltatum, nicht — wie gewöhnlich falscher Weise angegeben wird — das Alkaloid derselben, wurde zuerst von den Amerikanern als Cholagogum und Laxativum angewendet. Später gebrauchten es Ernst Schmidt und Perry; van der Carput gab es bei Bleiarbeitern gegen Obstipation; Buffalini und Zebrowski überzeugten sich, jeder in zwei Fällen, von der Wirkung dieses Mittels bei Gallensteinen und Dr. Koehler in Kosten wandte neuerlichst das Podophyllin mit sehr günstigem Erfolge in folgendem Falle von Gallensteinkolik und bei habitueller Stuhlverstopfung an. Eine 33jährige Mutter von 5 Kindern litt schon seit geraumer Zeit in mehrwöchentlichen Intervallen an Stichen in der Gegend der Leber, von wo aus der Schmerz auf die Magengegend und zwischen die Schulterblätter sich verbreitete. Sie erklärte sich den Zustand als Magenkrampf. Oefter wurden die Augen — ja ein Mal der ganze Körper — gelb. Da die Schmerzen nie länger denn einen Tag andauerten, suchte sie keine ärztliche Hilfe. Am 7. April wurde Verf. zu ihr gerufen und fand sie in grossen Schmerzen, ganz kalt, und das Gesicht von Schweiss triefend. Sie klagte über heftigen Schmerz in der rechten Seite, im Arme und zwischen den Schulterblättern. Erbrechen fand einige Male Statt; Stuhlverhaltung. Die Lebergegend war beim Betasten schmerzhaft, die Perkussion erwies Vergrösserung der Leber. Der Schmerz verging nach einer Morphiumeinspritzung, das Erbrechen wiederholte sich aber noch mehrmals. Die Diagnose auf Gallensteinkolik oder aber dass ein Stein den Gallengang passirte, bestätigte sich am Tage darauf, indem mit dem Stuhlgange ein erbsengrosser bräunlicher Stein abging. Die Kranke erhielt ein Decigramm Frangulae und 0.01 Podophyllin in Pillenform. Noch an demselben Tage und in folgender Nacht stellten sich mehrere Stuhlentleerungen ein. Den nächsten Tag waren die Augen leicht gelb gefärbt, was für Durchgang des Steines sprach. Die Kranke bekam jeden Abend 0.01 Podophyllin, was desto mehr angezeigt war, weil der durchgegangene Stein an einer Seite eine Facette zeigte. Am vierten Tage trat ein halbstündiger Schmerz ein — nach einigen Stunden entleerte Patientin einen zweiten, etwas grösseren Stein. Hierauf nahm sie noch sechs Wochen lang ein. Schmerzen traten nie mehr auf, die zuerst abgemagerte Person sieht nun viel wohlgenährter aus. — Nach 15 genauer beobachteten Fällen von habitueller Stuhlverstopfung, bei Hämorrhoidalleiden und ein Mal bei Carcinoma recti unter Anwendung von Abends je einer Pille von 0.001 Podophyllin kam Koehler zu folgenden Resultaten: 1) Podophyllin ist ein keine Schmerzen verursachendes Abführmittel. 2) In einer Gabe von 0.001, vor dem Schlafengehen eingenommen, ruft dasselbe am nächsten Tage einen leichten Stuhl hervor. 3) Die erste, manchmal auch die zweite Gabe bleibt wirkungslos, die dritte jedoch wirkt immer. 4) Bei auch länger andauernder Anwendung braucht man die Dosis nicht zu erhöhen. 5) Ohne irgend welche schlechten Nebenwirkungen kann man dieses Mittel längere Zeit hindurch verabreichen. Speichelfluss trat niemals ein, wie Stilling behauptete. 6) Pillenform ist wegen des bitteren Geschmackes die geeignetste. 7) Bei Hämorrhoiden verhilft Podophyllin zu deren Schwinden, indem es deren Veranlassung beseitigt. 8) Aus der gelben Verfärbung, dem Glanze, der Verflüssigung und Geruchlosigkeit der Exkremente lässt sich annehmen, dass dieses Medikament eine Wirkung auf vermehrte Gallensekretion ausübt. (Allg. med. Centralztg., 1878, Nr. 94.) —

Die umfassende Kasuistik von 105 Fällen von Polythelie (mit oder ohne Polymastie) führte Leichtenstern zu Ergebnissen, welche

einerseits geeignet sind, mehrfache ganz allgemein in der Literatur dieses Kapitels verbreitete Irrthümer zu widerlegen, andererseits die Aufstellung einer von Darwin schüchtern geäusserten Entstehungshypothese zu bestätigen. Nach Verfassers Erfahrungen ist die Angabe, dass Polythelie (beziehungsweise Polymastie) eine sehr seltene Bildung sei, unrichtig; er schätzt ihre Häufigkeit etwa auf 1 : 500 und findet die Anomalie mindestens eben so häufig bei Männern wie bei Frauen. Dass sie bei letzteren häufiger beobachtet worden ist, erklärt er daraus, dass derartige accessorische Papillen meist für Naevi gehalten und übersehen werden, bei Frauen dagegen zur Zeit einer Laktation die Aufmerksamkeit dadurch erregen, dass sich aus ihnen, wie aus den regulären Warzen, spontan Milch entleert. Ihren Sitz anlangend konnte Verf. im Gegensatze zu den früheren Autoren, welche denselben für äusserst variabel erklären, konstatiren, dass derselbe mit grosser Regelmässigkeit (in 91 pCt. der Fälle) auf die vordere Thoraxseite fällt, dass dagegen die Papillen in der Achselhöhle, am Rücken, Akromion und Oberschenkel äusserst seltene, häufig nur durch ein Unicum vertretene Ausnahmen bilden. Fast sämmtliche accessorischen Warzen an der Vorderfläche des Thorax (94 pCt.) sitzen unterhalb der normalen und dann mehr oder weniger medianwärts; die wenigen oberhalb der Hauptwarzen befindlichen haben ihren Sitz ausnahmelos lateralwärts von diesen. In der Inguinalgegend sind überzählige Brüste nicht bekannt; die diesbezüglichen Angaben beruhen auf Irrthum. — Die bisher gegebenen Erklärungsversuche erweisen sich nun nach eingehender Kritik Leichtenstern's als nicht stichhaltig, wogegen sich auf Grund der Descendenztheorie ein befriedigender Aufschluss über die Aetiologie dieser sogenannten Naturspiele finden lässt. Hiernach sind sie als Fälle von Atavismus, als Rückschlagsbildungen auf die mehrbrüstigen Urahnen des Menschengeschlechtes zu betrachten; ihr gleich häufiges Auftreten bei beiden Geschlechtern dient der von Darwin vermuthungsweise hingestellten Annahme zur Stütze, nach welcher beide Geschlechter der Ursäuger milchabsondernde Brüste getragen haben sollen. Die seltenen Ausnahmen von aberrirten Brüsten an anderen Körperstellen als an der vorderen Thoraxseite zeigten in drei Fällen Defekte der Warzen und lassen sich nach Verfasser als noch weiter zurückreichenden Rückschlag auffassen, da sie den Brüsten der niedrigsten Säugethierklasse, der Monotremen, analog gebaut sind. (Virchow's Archiv 73. Band S. 222, 1878.)

In Virchow's Archiv, 72. Band, bespricht K. Köster die embolische Endokarditis und zieht dazu die Reihe der bekannten Einzelfälle von ulzeröser Endokarditis herbei, welche er durch eigene Beobachtungen vervollständigt, die nicht nur die ulzerösen Formen im engeren Sinne, sondern alle frischeren Fälle überhaupt einer mikroskopischen Untersuchung unterwerfen. Er fand fast in allen Objekten, die irgend einer — allerdings frischen — Wucherung oder thrombotischen Auflagerung der Herzklappen entnommen waren, Mikrokokken-Kolonieen; in jenen negativen Fällen „musste einerseits wegen der Gleichartigkeit der lokalen Prozesse an den Klappen, andererseits wegen der im Herzen oder in anderen Organen gefundenen miliaren Abszesse mit mikrokokkischem Centrum oder schliesslich auch wegen des Charakters der klinischen Erscheinungen mit Bestimmtheit angenommen werden, dass zur Zeit der Obduktion oder der mikroskopischen Untersuchung die Mikrokokken sich abgelöst (oder vielleicht verändert?) hatten, oder dass sie bei den Manipulationen der Herzöffnung etwa abgestreift wurden". Damit konstatirt er den einheitlichen Entstehungsvorgang jeder Art von Endokarditis, da auch die rekurrirenden Formen, welche auf der Basis einer alten, bereits abgelaufenen und in schwieliges Gewebe umgebildeten Endokarditis entstanden sind, sich nicht minder auf eine Granulationsbildung nach Mikrokokkeninfektion als letzte Quelle zurückführen lassen. Den Grund für die so späte Erkenntniss dieser ursächlichen Beziehungen sieht er zum nicht geringen Theile in der technischen Handhabung der Herzeröffnung bei der Sektion, bei welcher zwei Finger blindlings in das linke Ostium atrioventriculare eingeführt werden, welche die zarten Mikrokokkenauflagerungen sehr wohl von den Klappenrändern abreissen können. — Von der allgemein adoptirten Theorie der Entstehung einer ulzerösen mikrokokkischen Endokarditis als einer Ansiedelung der Parasiten in dem weichen Granulationsgewebe einer bereits vorhandenen — gutartigen — Endokarditis entfernt sich Köster derart, dass er diesen Modus überhaupt nicht für zufällig erachtet, sondern alle Endokarditiden für primär parasitär und embo-

lisch erklärt. Die Mikrokokken gerathen auf embolischem Wege in die Arterien der Herzklappen, verursachen daselbst in den bösartigen Fällen direkte Nekrose des Gewebes mit Defektbildung, in den milderen nur örtliche Nekrose mit reaktiver Rundzellenwucherung und Bildung eines Granulationsgewebes. Sind die Arterien mit Mikrokokken vollgepfropft, so treten diese durch Stomata an die freie Klappenoberfläche heraus. Wesswegen vor allen Geweben die Herzklappen und unter ihnen gerade die des linken Herzens so vorwiegend für die mikrokokkische Embolie disponirt sind, welche Frage von Verfasser nicht ganz erledigt wird, ist im Originale nachzulesen. —

Die Applikation des Cuprum sulphuricum auf die Konjunktiva ist bekanntlich ein sehr schmerzhafter Akt. Intensität und Dauer des Schmerzes sind zumeist von dem stärkeren oder schwächeren Andrücken des Blausteines an die Bindehaut abhängig. Nun ist man bei der Syndesmitis blennorrhoica (Trachom) gezwungen, durch einen Zeitraum von mehreren Monaten, ja selbst einem Jahre, tagtäglich die Bestreichung der Bindehaut der Lider, eventuell auch die des Uebergangstheiles, mit Blaustein vorzunehmen. Durch einen glücklichen Zufall ist es dem Dr. Carl Pick zu Wien gelungen, diese Procedur in eine nahezu schmerzlose, unter Umständen selbst vollkommen schmerzlose umzuwandeln. Sein Verfahren ist folgendes: Die glatt geschliffene Fläche des Blausteins wird in der gewöhnlichen Weise, je nach Bedarf mit bald stärkerem und bald schwächerem Drucke über die Konjunktiva geführt. Nach Ablauf von 4—5 Minuten wird eine Kalomelinspersion auf die touchirte Stelle vorgenommen, worauf der Schmerz sofort verschwindet. Nachdem man durch 5—6 Tage in der angegebenen Weise verfahren hat, lässt man die Kalomelinspersion unmittelbar der Touchirung folgen; der Schmerz verschwindet augenblicklich. Dieses Verfahren hat sich in den von Pick in dieser Weise behandelten sechs Fällen bewährt; überdies dürfte es gegenüber der bisher geübten Methode den Vortheil haben, dass es durch gesteigerte mechanische Anregung zur Resorption die chronische Bindehautblennorrhoe (Trachom), auch wenn Pannus vorhanden ist, rascher der Heilung zuführt. Für die schmerzstillende Eigenschaft der Kalomel-Einstreuung kann Verf. vorläufig keine befriedigende Erklärung geben. Sollten Einstreuungen anderweitiger, indifferenter feingepulverter Substanzen (z. B. Zinkoxyd, Kieselsäure etc.) ein gleiches Resultat ergeben, d. h. schmerzstillend wirken, dann unterliegt es keinem Zweifel, dass nur das mechanische Moment in Betracht kömmt, andernfalls dürfte auf chemischem Wege eine Paralysirung der Kupferwirkung zustandekommen. Pick's diesbezügliche Versuche sind noch nicht zum Abschlusse gelangt. (Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften v. 9. Nov. 1878, Nr. 45.) —

Dr. Feltz nahm Blut aus der Vena basilica mediana einer an Typhus erkrankten Frau und bewahrte es mehrere Wochen bei 30—35° C. auf. Dabei wurden alle Vorsichtsmassregeln zur Fernhaltung von Organismen beobachtet. Zur Kontrole nahm er gleichzeitig Blut aus der Kruralvene eines Hundes und eine Quantität in Zersetzung begriffenen Harnes, welcher zuvor im luftleeren Raume durch Kohle filtrirt worden war. Nach Ablauf der Versuchszeit zeigten die Kontrolflüssigkeiten keine Organismen, das Blut der typhösen Frau jedoch hatte einen eigenthümlichen Geruch und enthielt neben difformen Blutkörperchen eine enorme Menge ovaler, theils freier, theils reihenweise zusammenhängender bewegungsloser Körper. (The Lancet, 1878.) —

Bei den Untersuchungen, welche John S. M. Kendrick mit dem Mikrophon und Telephon über die Herz-Töne anstellte, fand derselbe, dass deren Charakter verändert ist; sie haben eine Aehnlichkeit mit den Herztönen, aber ihr Timbre ist verschieden. Auch die Athmungs-Geräusche können gehört werden. So weit Kendrick's bisherige Erfahrungen reichen, kann die Verbindung des Mikrophon mit dem Telephon dem auskultirenden Ohre keine neuen Töne, die er früher nicht gekannt hatte, entdecken; sie kann jedoch die Uebertragung der Töne auf eine grosse Entfernung bewirken. (The British medical Journal, 1878, 15. June.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

Achtundzwanzigster Jahrgang.

Nro. 52. *Erlangen*, am 28. Dezember 1878.

Wöchentlich in Bogen von 8 Quartseiten. Preis jährlich 8 Mark.

MEDIZINISCHE NEUIGKEITEN

FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

Alle Buchhandlungen und Postämter nehmen Bestellungen auf diese Zeitschrift an.

Inhalt. Neue Verbandmethode bei Epididymitis. Beziehungen der Harnsäure zur primären Steinbildung. Zur operativen Gynäkologie. Zur Behandlung der Magenkatarrhe. Interessanter Fall von chronischer Kehlkopf-Blennorrhoe. Puls und Temperatur im Bade. Nervenerregungsresultate. Zusammenhang zwischen Pruritus vulvae und Diabetes. Verfahren gegen Trachom und Pannus. Benzoësäure gegen Rheumarthritis.

Die von Prof. Zeissl in Wien bisher geübte Behandlungsmethode der Epididymitis bestand bis vor Kurzem in Folgendem: Der Kranke musste absolute Ruhe beobachten und wurde der Hodensack durch ein zwischen die Schenkel gelegtes Kissen unterstützt. Ausserdem wurde bei gewöhnlich grosser Schmerzhaftigkeit der Hodensack mit einer auf Leinwand oder auf Leder gestrichenen Belladonnasalbe (Extr. Belladonnae 5.0, Unguent. litharg. 50.0) bedeckt, oder diese Salbe haselnussgross in die betreffende Skrotalhälfte eingerieben, sodann kontinuirlich Kälte angewendet und für regelmässige Stuhlentleerung Sorge getragen. Die sonst üblichen Behandlungsmethoden des in Rede stehenden Leidens (kalte Umschläge, Blutentziehungen, Einreibungen mit Unguent. ciner., Unguent. jodat., Fricke'scher Verband etc.) sind hinlänglich bekannt. Wegen mancher höchst unangenehmen, mit dem Fricke'schen Verbande verknüpften Eventualitäten bemühten sich nun die Aerzte aller Länder, eine Abkürzung der Behandlungszeit und Vereinfachung der Prozedur zu erdenken, zumal mit Rücksicht darauf, dass es für die meisten derartig erkrankten Individuen eine wahrhafte Lebensfrage ist, ob sie sich behufs der Heilung des so schmerzhaften Leidens von ihren Berufsgeschäften gänzlich zurückziehen sollen. Es war daher eine Therapie der Epididymitis gonorrhoica längst Bedürfniss, durch welche der Kranke, ohne Schaden zu nehmen, wenigstens theilweise seinem Berufe nachgehen könne und von der Schmerzhaftigkeit mehr oder weniger befreit werde. Ein solches therapeutisches Verfahren ersonnen zu haben ist das Verdienst Langlebert's und Horand's (in Lyon); Horand, Chefchirurg in der Antiquaille zu Lyon, hatte dem Verfasser durch einen Adspiranten seiner Abtheilung, der Horand's Klinik besuchte, ein Modell des weiter unten beschriebenen Verbandes übersendet und zwar gleichzeitig mit der von Langlebert veröffentlichten Abhandlung: „Du traitement de la tumeur blenorrhagique des bourses par le pansement onatocaoutchouté", in welcher er 200 durch sein Verfahren geheilte Fälle nachweist. — Dieses Verfahren besteht in der Anlegung eines Verbandes auf das Skrotum und soll hierdurch allein das Schwinden des gewöhnlich heftigen Schmerzes sowie des ganzen Krankheitsprozesses erzielt werden. Dieser Verband besteht aus drei Theilen: 1) aus einer genügend dicken Lage Watte; 2) aus einem viereckigen Stücke Kautschukleinwand und 3) aus einem Leinwandsuspensorium, welches von Horand folgendermassen angegeben wurde: „Es hat eine dreieckige, leicht konkave Form und ist an seinem oberen Rande mit einem Loche, durch welches das Glied durchgesteckt wird, versehen. An seinen beiden oberen Winkeln ist es mit zwei langen Bändern, welche zur Befestigung um den Bauch dienen, an seinem unteren Winkel mit zwei Bändern, welche als Schenkelbänder wirken, versehen; diese letzteren werden durch

die um den Bauch geschlungenen Gürtelbänder durchgezogen und an dieselben festgeknüpft. An beiden Seitenrändern ist es eingeschnitten und ist jeder Einschnitt mit je zwei kurzen Bändchen versehen". Das oben erwähnte Modell misst an seinem oberen Rande 17 Ctm., an den beiden Seitenrändern 21 Ctm. und in der Mitte (also der Höhe des Dreieckes) 23 Ctm. — Wenn man den Verband anlegen will, ist es am besten, den Kranken in die horizontale Lage zu bringen. Derselbe hält dann seine Geschlechtstheile, welche man gut mit Watte eingehüllt hat, möglichst hoch gegen die Symphyse; über die Watte wird dann die viereckige Kautschukleinwand, die an ihrem oberen Rande mit einer kreisrunden Oeffnung, durch welche das Glied durchgesteckt wird, versehen ist, mit der glänzenden Seite gegen die Watte gerichtet — gelegt und darüber dann das oben beschriebene Suspensorium befestigt. Man knüpft nun zuerst die Gürtelbänder und thut gut, die Masche an einer Seite zu schlingen, damit der Kranke während des Schlafes in der Rückenlage nicht von dem Knoten belästigt werde. Bei fettleibigen Personen ist es rathsam, eine Kompresse unter die Gürtelbänder zu schieben, um das Einschneiden derselben zu verhüten. Sodann knüpft man die Schenkelbänder und, wenn dies geschehen ist, nähert der Patient oder noch besser ein Gehilfe die Ränder der beiden seitlichen Einschnitte einander innig und knüpft dann die an denselben befindlichen Bändchen so fest als möglich. — Der Hodensack wird durch diesen Verband fast in gleicher Höhe mit dem oberen Rande der Schambeine gehalten und gleicht derselbe einigermassen dem Schützapparate für die Genitalien, den man an den Tournierrüstungen findet, oder den Hosenlätzen, wie sie die venetianischen Edelknaben an ihren Beinkleidern anzubringen pflegten. Dieser Verband soll nach Horand's Angabe acht Tage liegen bleiben und nach dieser Zeit erst gelüftet werden. „Ist die Schwellung des Hodens nach dieser Zeit noch nicht geschwunden, so kann man dasselbe Verfahren fortsetzen oder eine resolvirende Salbe oder ein solches Pflaster anwenden". — Nach den von Prof. Zeissl gemachten Beobachtungen über diese Verbandmethode ist derselbe veranlasst, dieselbe auf das Angelegentlichte zu empfehlen. Er hat sie seit Anfang Oktobers dieses Jahres in 50 Fällen von Epididymitis seiner Spitals- und Privat-Praxis angewendet und in allen Fällen den günstigsten Erfolg erzielt. Namentlich erwähnt er folgenden Fall: Er wurde spät Abends zu einem Kranken mit dem Bemerken geholt, er solle sofort an dessen Krankenlager kommen, derselbe leide an einer Epididymitis und werde von so wüthenden Schmerzen gequält, dass er schon fünf Nächte nicht geschlafen habe und den Schmerz kaum mehr ertragen könne. Zeissl fand den Patienten im Bette liegend und vor Schmerz stöhnend. Sein Hodensack war gar nicht unterstützt und mit einer in kaltes Wasser getauchten Kompresse bedeckt. Der Kranke ächzte und stöhnte bei jeder Bewegung wie bei der leisesten Berührung seiner Testikel und erklärte, dass er absolut nicht gehen könne, da er bei der geringsten Bewegung wüthende Schmerzen empfinde und dass er schon vor Schmerz ohnmächtig zu werden glaube, wenn er aus dem Bette steige, um den Harn zu entleeren. Zeissl hatte einen der oben beschriebenen Verbände mitgebracht, legte denselben dem Kranken an und ersuchte ihn, das Bett zu verlassen. Derselbe that dies mit der grössten Vorsicht, neue Schmerzen fürchtend, erklärte aber sofort, dass er jetzt absolut keinen Schmerz empfinde und ging einige Male in raschem Tempo auf und ab. — Aehnliche Beobachtungen konnte Verf. zu wiederholten Malen machen und war bis jetzt in keinem der also behandelten Fälle genöthigt, eine schmerzstillende Salbe zu verabreichen oder eine in Folge der Epididymitis entstandene Hydrocele acuta zu punktiren. Bei den meisten diesbezüglichen Kranken, welche dieser Behandlungsmethode unterzogen wurden, hörte der Schmerz sofort nach dem Anlegen des Verbandes ganz auf oder wurde wenigstens auf ein solches Minimum reduzirt, dass die Kranken ungestört ihrem Berufe nachgehen konnten. Ferner ist diese Behandlungsart eine sehr einfache, bequeme und billige, was sie für die Spitalpraxis besonders geeignet macht. Endlich ist das hierbei zur Verwendung kommende Suspensorium bei weitem zweckentsprechender konstruirt als die bis jetzt üblichen, indem das drückende und schädliche Elastique fehlt, ausserdem durch dieses neue Suspensorium der Hodensack fast vollständig immobilisirt wird und man es durch Ausfüllen mit Watte jedem Genitale genau anschliessend machen kann. Gleich Horand glaubt Zeissl, dass dieser Verband dadurch die Heilung begünstigt, dass er den Hoden immobilisirt, eine sehr leichte Kompression ausübt und ein reichliches Schwitzen der Skrotalhaut hervorge-

rufen wird. — In zweien der von demselben auf diese Weise behandelten Fälle trat Eczema rubrum am Hodensacke auf, welches der gewöhnlichen Ekzem-Behandlung alsbald wich. Alle 50 so von Zeissl behandelten Epididymitiker konnten ohne Beeinträchtigung ihrer Gesundheit oder der Heilungsdauer, welche, wie bei anderen Heilmethoden, 8—20 Tage betrug, ungestört im Zimmer umhergehen und die Meisten konnten ihrer Beschäftigung nachkommen. (Allg. Wiener mediz. Zeitung, 1878, Nr. 46.) —

Im Wiener mediz. Doktoren-Collegium, Sitzung vom 25. Nov. 1878, hielt Dr. Ultzmann Vortrag über „die Beziehungen der Harnsäure zur primären Steinbildung". „Die Harnsäure", sagt Redner, „ist der am schwersten lösliche Bestandtheil des normalen Harnes im Gegensatze zum Harnstoffe, welcher fast hygroskopisch ist; jene löst sich erst in 14—18000 Theilen kalten und in 1—2000 Theilen warmen Wassers. Die normale in 24 Stunden ausgeschiedene Harnmenge eines gesunden Menschen beträgt etwa anderthalb Liter; nach obigen Lösungsverhältnissen würden dieser Quantität Harn nur 8 Centigramm Harnsäure entsprechen; wir wissen aber, dass ein gesunder Mensch mit gemischter Nahrung beiläufig 5 Decigrm. Harnsäure ausscheidet, oft auch mehr; es müssen auch noch andere normale Bestandtheile des Harnes zur Lösung der Harnsäure verwendet werden und diese Bestandtheile sind die anorganischen Salze, wie Chlornatrium u. s. w. Dass phosphorsaures Natron z. B. die Harnsäure in Lösung zu erhalten im Stande ist, haben Liebig's diesbezügliche Untersuchungen sichergestellt. — Die Harnsäure ist schwer löslich im starren und krystallinischen Zustande, sehr leicht löslich aber in ihren Salzen; sie bildet zwei Reihen von Salzen: eine Reihe, in welcher auf ein Aequivalent Harnsäure 2 Aequivalente Natron kommen, und eine zweite Reihe, in welcher auf 1 Aequivalent Harnsäure 1 Aequivalent Natron kommt. Die in die erste Reihe gehörigen Salze, in welchen also das Natron vorwiegt, sind leicht löslich im kalten wie im warmen Wasser, das sind die neutralen Salze (neutrales harnsaures Natron, in grösserer Menge bei akuten fieberhaften Zuständen auftretend, wodurch der Säuregrad des Harnes immer geringer wird). Die der zweiten Reihe angehörigen, die sauren Salze, sind im warmen Wasser leicht, im kalten schwer löslich; sie sind es, welche bei leichten gastrisch-katarrhalischen Zuständen, bei Exzessen den Urin sehr trübe machen (saures harnsaures Natron). — Die Harnsäure kommt vermehrt vor bei fieberhaften Prozessen durch Zerfall der stickstoffhaltigen Elemente des Körpers, bei Krankheiten der Athmungs- und Kreislaufs-Organe, bei erschwerter Athmung in Folge von Kompression, bei Krankheiten, welche mit Verminderung der rothen Blutkörperchen einhergehen, bei Anämie, Chlorose und Leukämie. — Die Quantität der ausgeschiedenen Harnsäure ist selbst bei normalen Individuen und bei gleicher Nahrung und Lebensweise nicht konstant; sie wird oft in solcher Menge ausgeschieden, dass sie im Sedimente nachweisbar ist, ohne dass etwa gleichzeitig Calkulose vorhanden wäre. Nicht die Massenhaftigkeit der Harnsäure ist es, welche die Steinbildung einzuleiten im Stande ist, denn man findet oft im Harne von Harnsteinkranken einen geringeren Prozentsatz an Harnsäure wie im Harne Gesunder. — Die Harnsäure kommt im Sedimente gewöhnlich als Krystalle von sogenannter Wetzsteinform vor; oft erscheint sie jedoch spiessig, gezahnt, rauh; beide Formen kommen aber niemals gleichzeitig vor. Ultzmann unterscheidet daher eine normale und eine abnorme, keinen Typus zeigende Harnsäure. — Zahlreiche Versuche haben nun ergeben, dass die mit starken Mineralsäuren herausgefällte Harnsäure in die Kategorie der abnormen Harnsäure gehört. Wenn man eine Reihe von Urinproben nimmt, die erste derselben noch mit schwacher Essigsäure versetzt, und dann steigend zu den Mineralsäuren übergeht, so ändert sich die aus der ersten Probe gefällte Harnsäure, welche noch reine Wetzsteinformen darstellt, allmählig um, bis die letzte Probe deutliche Krystalle der abnormen Harnsäure zeigt. Die Harnsäure wird also um so mehr abnorm, je mehr die Säure prävalirt. Wenn ein Mensch, in dessen Urin sich spiessige Harnsäure, d. h. abnorme, vorfindet, Alkalien zu sich nimmt, so wird nach einiger Zeit der Harn nur mehr normale Harnsäure (Wetzsteine) enthalten. — Es ist also nicht der Ueberschuss der Harnsäure das Wesentliche bei der primären Steinbildung. Dieser Ueberschuss ist nur im Stande, wenn schon ein Stein vorhanden ist, diesen rasch wachsen zu machen; einen viel grösseren Einfluss hat der abnorme grosse Säuregehalt des Harnes und der Säuregehalt der anderen Sekrete.

Während bei normalen Menschen der Genuss von etwa einem Kaffeelöffel voll doppeltkohlensauren Natrons genügt, um den Harn alkalisch zu machen, müssen Leute, die eine spiessige Harnsäure haben, oft die 4—5fache Dosis nehmen. — Die Steinbildung selbst ist eine primäre und eine sekundäre; die primäre ist diejenige, welche vorwiegend von der Niere ausgeht und aus den Sedimentbildnern des sauren Harnes eingeleitet wird. Die sekundäre Steinbildung erfolgt durch Gelegenheitsursachen, z. B. Blasenkatarrh, Blutkoagula, fremde Körper u. s. w. — Von 570 Steinen, welche der Vortragende bisher untersucht hat, wurden in 502 Fällen die centralen Schichten primär, in 68 Fällen sekundär entstanden gefunden, d. h. in 502 Fällen fand sich ein Kern aus Harnsäure, Cystin oder oxalsaurem Kalke, in anderen 68 Fällen war der Kern durch fremde Körper oder Phosphate gebildet. Die primäre Steinbildung liefert also bei der Calkulose überhaupt einen viel grösseren Prozentsatz als die sekundäre. Von jenen 502 Steinen primärer Bildung fanden sich nun 461 mit Kernen aus Harnsäure, es ist also klar, dass die Harnsäure in wesentlichem Maasse bei der Steinbildung intervenirt. Die primäre Steinbildung erfolgt gewöhnlich schon in der Niere, nicht in der Blase; in der letzteren ginge dies nicht so leicht, denn die Blase stösst die etwa von der Niere herabgleitenden Konkremente sofort wieder aus, es wäre denn, dass deren Durchmesser für die Harnröhre zu gross ist. Das Wachsthum der harnsauren Steine dauert ausserordentlich lang. Ein kleines Konkrement von Harnsäure, in starksauren Harn gehängt, braucht Monate, bis es die Grösse einer Erbse erreicht. Wenn also ein Harnsäurestein so langsam wächst, so wäre es unverständlich, dass die Blase nicht hier und da ein solches Körnchen ausstossen sollte. Die grösste Zahl von Harnsäure-Konkretionen findet man im Nierenbecken, nicht in der Blase; ein Beweis, dass die primäre Steinbildung häufiger in der Niere stattfindet. — Die primäre Steinbildung stellt sich Ultzmann in folgender Weise vor: Die neueren Untersuchungen von Heidenhain, Wittich u. A. haben ergeben, dass den Nierenepitelien eine sekretorische Thätigkeit zukommt, insoferne als sie normale Harnbestandtheile ausscheiden, z. B. die Harnsäure. Wenn überhaupt Harnsäureüberschuss im Organismus vorherrscht und der Mensch grosse Mengen von Harnsäure ausscheidet, so muss die Harnsäure ursprünglich im Blute als neutrales harnsaures Natron gedacht werden, also als Urat, welches in Kälte und Wärme leicht löslich ist. Die Harnsäure wird also als neutrales Urat durch die Nierenepitelien ausgeschieden. Der Säureüberschuss ist nun nicht bei allen Menschen gleich; mancher Mensch hat wenig Säure, mancher sogar neutralen Harn. Wenn also die neutralen Urate durch die Nierenepitelien ausgeschieden werden und der Harn durch die Glomeruli, so kann man sich denken, dass bei vorherrschender Säure dies auf die Urate einwirken kann, so dass aus einem neutralen Urat ein saures wird, welches in der Wärme gelöst bleibt, in der Kälte aber sich ausscheidet oder aber so, dass bei zunehmendem Säureüberschusse freie Harnsäure entsteht. Wenn stark saurer Harn bei den Epitelien vorbeistreift, so kann es geschehen, dass die Harnsäure sofort zur Krystallisation gebracht wird, womit der erste Impuls zur Steinbildung gegeben ist. Bei der Steinbildung ist somit der Säureüberschuss viel wichtiger als der Harnsäureüberschuss. Damit stimmt auch die Therapie überein: der Gebrauch von Alkalien bei Steinbildung zur Neutralisirung des Harnes. Daraus geht aber auch hervor, dass die „alkalische Therapie" nur bei primärer Steinbildung von Erfolg sein kann; bei sekundärer Steinbildung kann *sie* eher schaden als nützen, weil sie die Präzipitation der Phosphate eher vermehrt als vermindert. (Wiener med. Wochenschrift, 1878, Nr. 49.)

Unter dem Titel „Beiträge zur operativen Gynäkologie" beschreibt Carl Schroeder theils Modifikationen bisheriger operativer Methoden, theils eigene Verfahren, die er statt anderer geübt habe. Als totale Exzision des Cervix gibt derselbe eine Operation an, die noch bei verhältnissmässig vorgeschrittenem Cervixkarzinom die Möglichkeit der reinen Exstirpation in sich schliesst. Er beginnt in den geeigneten Fällen (d. h. solchen, in welchen wegen Uebergang des Karzinoms auf die Scheide die gewöhnliche Cervixamputation nicht mehr ausreicht) mit der Umstechung der Parametrien von der Vagina her durch zwei jederseits angelegte Seidenligaturen, zieht dann die Neubildung in den Scheideneingang, umschneidet sie im Gesunden, eröffnet vorne wie hinten das paracervikale Gewebe und präparirt stumpf den Cervix aus seiner Umgebung heraus, so hoch es eben geboten erscheint, dann wird

mit einem Messer in der Gegend des inneren Muttermundes der Cervix abgeschnitten. Der Schluss der Wunde und gleichzeitig die Blutstillung erfolgt durch Nähte, von denen einige den Uteruskörper mit fassen. Schroeder hält einen derartigen Eingriff für angezeigt, wenn das Karzinom nicht über den inneren Muttermund und nicht auf das Beckenbindegewebe fortgewuchert ist. — Die Amputation der Portio in Fällen von chronischer Erkrankung der Cervixschleimhaut macht derselbe in der Weise, dass er die in der verschiedensten Art veränderte Cervixschleimhaut total exzidirt. Nach Herstellung eines künstlichen Ektropium präparirt er die Schleimhaut ab, schafft sich einen oberen nicht zu dünnen Wundrand, klappt nun die Vaginalmukosa nach Innen um und näht sie an diesen oberen Wundrand vorne wie hinten an. Verfassers Verfahren bei der Exstirpation der Scheidenkarzinome besteht darin, dass er, wenn der Tumor an der hinteren Wand aufsitzt, mit der Amputation der hinteren Lippe beginnt, dann die Neubildung im gesunden Scheidengewebe umschneidet und nun allmählig von oben her den ganzen Tumor von der vorderen Mastdarmwand ablöst. Zum Theile näht er die Wunde unter Mitfassung der vorderen Mastdarmwand zusammen, zum Theile drainirt er. — Mit der Kolporrhaphia anterior schlägt Schroeder ferner vor, die zur Rückbildung des Uterus nöthige Amputation der Portio so zu vereinen, dass nach Abtragung der hinteren Lippe eine einzige grosse Wundfläche gebildet wird, die mit dem Stumpfe der vorderen Lippe beginnt und mit dem angefrischten Harnröhrenwulste endet. Er empfiehlt auch für die vordere Lippe alsdann seitliche Vereinigung. — Die Scheidenkysten beseitigt Verf. in der Weise, dass er dieselben im Niveau der Scheide abschneidet und zirkulär die Vaginalschleimhaut mit der Innenfläche der Kyste vereinigt. Sehr bald hört die Sekretion der Innenfläche auf, sie verwandelt sich vollkommen in Scheidenschleimhaut. — Als letzten Vorschlag zur Verbesserung unserer operativen Encheiresen erwähnt Schroeder die Elephantiasis vulvae. Alle Methoden zu ihrer Beseitigung leiden nach ihm an der Schwierigkeit der Blutstillung und der prima Intentio. Er ist mit Erfolg bei zwei recht grossen Neubildungen derartig verfahren, dass er vom Damme beginnend die Fremdbildung abschnitt, aber stets jeden Schnitt durch die Naht unter dem Tumor sofort wieder vereinigte. So ging er allmählig von hinten her bis zur Clitoris vor, stets die Blutung dadurch stillend, dass er die neugebildeten Wundränder mit einander vereinigte. (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Bd. III Heft 2.) —

Auf Grund von Erfahrungen, welche seit mehreren Jahren am Krankenbette gewonnen wurden, gibt A. Küster eine übersichtliche Darstellung der verschiedensten Medikamente und Behandlungsmethoden, welche bei Magenkatarrhen in Frage kommen können. Er erklärt gleich von vornherein, dass er sich nicht bewogen gefühlt hat, die Magenpumpe in Gebrauch zu ziehen, so zustimmend auch von allen Seiten die Berichte über dieses Verfahren lauten mögen. Dasselbe sei sowohl für den Arzt als für das Publikum zu umständlich, als dass es Gemeingut der prakt. Aerzte werden könnte (?), welche über ihre Patienten nicht die Macht besitzen wie ihre klinischen Collegen. Seine Mittheilung bezieht sich daher nur auf die medikamentöse Behandlung des Magenkatarrhes und hat er in dieser Beziehung seine Versuche auf eine grosse Reihe von Mitteln, wie Pepsin, Eisenpräparate, Nux vomica, Rhabarber, Bitterklee, Wismuth u. s. w. ausgedehnt. Das Ergebniss seiner Versuche ist nun, dass er auf drei „Hauptmagenmittel" rekurrirt: auf die Salzsäure, das Karlsbader Salz und den Höllenstein. — Die Salzsäure reichte er nach der von Leube gegebenen Vorschrift: 5—8 Tropfen in einem Weinglase vor und nach der Mahlzeit zu nehmen; das Carlsbader Salz in der Dosis von 1—2 Theelöffel voll, in warmem Wasser gelöst, und den Höllenstein in Pillenform in der Weise, dass jede Pille 0.005 Höllenstein und 0.007 Extr. Belladonnae enthielt. Diese drei Mittel haben anscheinend jedes ihr eigenes Gebiet und schliessen sich zum Theile gegenseitig aus. Folgendes ist das Resumé über die einzelnen Indikationen derselben: Die Salzsäure wirkt unzweifelhaft nur in den Fällen günstig, in welchen der Magenkatarrh, beziehungsweise die Magenbeschwerden, hervorgegangen sind aus einem zu geringen Zuflusse der Magensäfte, insbesondere der Magensäure. In den Fällen von Appetitlosigkeit, von Magenschmerz und Druck nach dem Essen, bei welchen keine besondere Auftreibung besteht, kein saures Aufstossen vorhanden ist, in welchen ferner die Magenbeschwerden besonders nach Fleischgenuss auftreten und Neigung zu Diarrhoe vorherrscht, wird

man ziemlich sicher Mangel an Säure voraussetzen können und mit gutem Erfolge die Salzsäure verordnen. Raucher scheinen durchschnittlich an zu geringer Magensäure zu leiden, indem das Nikotin wahrscheinlich den Zufluss von Magensaft verringert, wofür auch der Umstand spricht, dass man durch Rauchen das Hungergefühl zurückhalten kann. — Das Karlsbader Salz wirkt ganz entgegengesetzt in jenen Fällen, in welchen eine Ueberproduktion von Magensäure vorhanden ist. Seine Wirkung besteht darin, dass einerseits die überschüssige Säure sofort neutralisirt wird, andererseits der zähe Schleim in Folge des warmen alkalischen Wassers löslicher und leichter abführbar gemacht wird, so dass der Magen, ähnlich wie bei der Magenpumpe, gleichsam Morgens ausgespült wird. Die Erscheinungen der überschüssigen Säure sind bekannt: der Appetit ist meist recht gut, nach dem Essen entsteht jedoch Aufgetriebenheit und säuerliches Aufstossen, aus dem Magen steigt ein zäher, säuerlicher Schleim, der mühsam ausgeräuspert wird. Der Stuhlgang ist meist regelmässig mit Neigung zur Verstopfung. Fleisch, zumal kalter Braten, wird sehr gut vertragen, Kaffee aber sehr schlecht. — Die Wirkung des Höllensteins soll besonders bei Magengeschwüren sich in der Art geltend machen, dass die schlaffe Magenwunde direkt durch Aetzung zur Heilung gebracht wird, was Küster bestreitet. In einem solchen Falle wirkte Höllenstein sogar schädlich, während in anderen Fällen, in welchen derselbe den besten Erfolg nach sich zog, absolut kein Verdacht auf Magengeschwür vorlag. Küster meint desshalb, dass der Höllenstein eine eigenthümliche direkte Einwirkung auf die Verdauungsvorgänge im Magen ausübe, wie auch seine Verwendung bei Kinderdiarrhöen beweist. Auffällig ist es ihm ferner, dass er bis jetzt nur bei weiblichen Kranken zur Behandlung mit Höllenstein getrieben worden ist, und zwar ausschliesslich nur bei solchen weiblichen Kranken, die eine gewisse Neigung zur Bleichsucht und zur sogenannten Nervosität besassen. Der Umstand, dass bei derartigen Kranken auch häufig Magengeschwüre gefunden werden, mache es erklärlich, wie der Höllenstein in den Ruf gekommen ist, besonders Magengeschwüre zu heilen. (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Medizin, 1878.) —

Kolbe veröffentlichte in der Wiener med. Wochenschrift (1878, Nr. 20) einen sehr interessanten Fall von chronischer Kehlkopf-Blennorrhoe bei einer 36 Jahre alten Polin. Das Leiden soll erst zwei Jahre bestehen, hat aber schon sehr bedeutende Veränderungen gesetzt. Der Befund ist der gewöhnliche der chronischen Blennorrhoe: Wulstungen in den Regionen des unteren Kehlkopfraumes, bis weit in die Luftröhre hinabziehend, und trockene übelriechende Sekretborken im Rachen, Kehlkopf und der Luftröhre. Abweichend von den gewöhnlichen Befunden ist nur die starke Wulstung der Rachenschleimhaut. Die Therapie war ebenso wie bei allen anderen bekannten Fällen ohne jeden Erfolg gegen das zu Grunde liegende Leiden, während sie die Beschwerden der Patientin in etwas zu lindern vermochte. Kolbe bezeichnet in Uebereinstimmung mit Störk die Blennorrhoe als einen Prozess sui generis. Dieselbe verdankt nach ihm ihre Entstehung einem spezifischen Virus. Er hält es für nicht unwahrscheinlich, dass dies dasselbe Virus sei, welches die Blennorrhoe der Konjunktiva und der Harnröhre hervorruft. — Dieser Ansicht tritt (in den Wiener mediz. Blättern, 1877, Nr. 17 u. 19) Pieniazek entgegen, da das Leiden schon öfter bei jungen, ganz gesunden Mädchen und Jungfrauen beobachtet wurde und die Unreinlichkeit, die man solchen Fällen dann beimessen müsse, auch hier und da eine Konjunktivalblennorrhoe zur Folge haben müsste. Eine positive Angabe über die Aetiologie der Krankheit kann aber auch Pieniazek, welcher 7 derartige Fälle beschreibt, nicht geben. Luës ist auszuschliessen und die Michel'sche Ansicht einer Erkrankung des Sinus sphenoidalis noch völlig unbewiesen. Mit Recht erinnert P. daran, dass im Verlaufe der Luës Krankheitsbilder entstehen können, welche der chronischen Blennorrhoe sehr ähnlich sind. Er glaubt, dass diese Affektionen häufig unabhängig von der syphilitischen Dyskrasie in Folge der durch die Dyskrasie erzeugten örtlichen Störungen aufträten und dass diese Fälle völlig unter die chronische Blennorrhoe zu rubriziren seien. — Ganz eigenartig ist Pieniazek's Auffassung der Ozaena idiopathica als „einer nur auf die Nase beschränkten Störk'schen Blennorrhoe". Das Krankheitsbild, welches P. von der „Störk'schen Blennorrhoe" entwirft, ist ein sehr vollständiges. Nase: körniges Sekret; Atrophie der Schleimhaut; Rachen: Pharyngitis sicca; einzelne Borken an der hinteren Wand. Im Kehlkopfe wird das Bild sehr mannigfach. In

einer Reihe der Fälle Borkenanhäufungen ohne nachweisbare Texturveränderungen der Schleimhaut, in einer anderen Reihe wieder Hyperplasieen, die Schleimhaut mit oder auch ohne Borkenanhäufung. Die Form der Hyperplasieen ist verschieden: membranartige Stränge, dicke flache Wülste und gestielte Wucherungen sind beschrieben. Die Hyperplasieen gehen meist von der vorderen Wand aus und verbreiten sich dann auf die Seitenwände. Auch die Stimmbänder selbst werden häufig befallen. Die Betheiligung des Aditus laryngis ist bisher ein Mal, eben so oft die der Taschenbänder und des Santorini'schen Wulstes beschrieben. Einmal hat Pieniazek eine derartige Hyperplasie an der Bifurkationsstelle beobachtet. Die Hyperplasie kam meistens an den Stellen zur Beobachtung, an welchen sich straffgespannte drüsenarme Schleimhaut vorfindet, fast nie an den drüsenreichen Partieen der hinteren Kehlkopf- und Luftröhren-Wand, woselbst es am leichtesten zu katarrhalischen Schwellungen und Geschwüren kommt. — Von den 7 mitgetheilten Fällen sind besonders die beiden ersten bemerkenswerth. Der erstere Fall betrifft eine Patientin aus einer Vorstadt von Wien. Bei ihr wurde, abgesehen von der Alteration der Sekretion, ausser einer Wulstung in der Luftröhre auch noch eine Hyperplasie der Schleimhaut an der Bifurkation der Trachea festgestellt, welche Hyperplasie sich noch tiefer in die Bronchien hinab fortzusetzen schien. Die zweite Patientin zeigte eine membranartige Hyperplasie der Schleimhaut im vorderen Stimmbandwinkel. Diese Wucherung wurde mit einem scharfen Löffel ausgekratzt, worauf Besserung eintrat. Die Operation soll sehr schmerzhaft gewesen sein. —

Beobachtungen, welche Hofrath G. v. Liebig an sich selbst anstellte, ergaben, dass die Pulsfrequenz im lauen (33.°5 C.) Bade von 30 Minuten ganz unbedeutend, etwas mehr dagegen kurz nachher abnimmt, und zwar am meisten eine halbe bis eine Stunde nachher etwa eben so lange, als das nach dem Bade auftretende Kältegefühl anhält. Die in der Mundhöhle gemessene Temperatur stieg während des Bades ein wenig (durchschnittlich 0.1° C.) und sank nach demselben und zwar so, dass etwa 2 Stunden nachher sie um durchschnittlich 0.2° tiefer war als vor dem Bade. Die Pulskurven, welche anderthalb Stunden nach dem Bade gezeichnet wurden, zeigten eine Abweichung von der Norm durch Abflachung des Gipfels und Verschwinden der Rückstosserhebung. Diese Veränderung erklärt sich durch die mit der Abkühlung der Haut eintretende Kontraktion der kleinen Arterien und den dadurch gesetzten Widerstand in der arteriellen Blutbahn, welche zugleich die Pulsverlangsamung und nach Analogie der Versuche Heidenhain's über das Verhalten der Temperatur bei der Kontraktion der Hautarterien auch die Erniedrigung der Körpertemperatur bedingt. Die während des Bades selbst beobachtete Erhöhung erklärt v. Liebig aus einer anfänglichen Stauung des Wärmeabflusses, ebenso die von Liebermeister u. A. gefundene Vermehrung der Kohlensäure-Abgabe daraus, dass die Lungen, welche allein nebst dem Kopfe im Bade nicht unter Wasserdruck sind, reichlicher von Blut durchströmt werden. — Bei dem Bade wirkt als Reiz auf die Haut nicht nur die Temperatur des Wassers, sondern auch der Wasserdruck, die Störung der Hautausdünstung und bei salzhaltigem Wasser die osmotische Einwirkung. Die Umkehr aller dieser Verhältnisse beim Verlassen des Bades ist ebenfalls von grosser Bedeutung. — — J. Stolnikow fand durch mit grosser Sorgfalt ausgeführte Versuche Folgendes: 1) durch warme Bäder (31—33° R., 10—20 Minuten Dauer) wird die taktile Empfindung verfeinert, durch kalte (16—19° R.) abgestumpft; 2) der Temperatursinn wird durch warme Bäder abgestumpft, durch kalte sehr verfeinert; 3) ähnlich verhalten sich der Muskelsinn und die elektromuskuläre Erregbarkeit. Dieses Ergebniss wurde auch an blossgelegten Muskeln von Kaninchen nach Bädern mit 0.5 proz. Kochsalzlösung von 38—40° C. und 22—24° C. erhalten; 4) die Schmerz- und elektrokutane Empfindung verhalten sich wie der Tastsinn. (Centralblatt f. die mediz. Wissenschaften, 1878, 7. Dez.) —

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen über verschiedene Arten der Nervenerregung veröffentlicht P. Grützner in Pflüger's Archiv XVII S. 215. Derselbe untersuchte zunächst den Einfluss der Wärme und Kälte auf die funktionell verschiedenen Nerven. Zu diesem Zwecke werden die Nerven des lebenden Säugethieres in einen eigens hierfür konstruirten Trog gebettet, der im Prinzipe so eingerichtet ist, dass den Nerven durch Zuleitung warmen oder kalten Wassers be-

liebige Temperaturen mitgetheilt werden können. Grützner kommt zu dem überraschenden Resultate, dass nicht alle Nerven in gleicher Weise auf den angewandten Reiz reagiren, sondern dass allein die centripetalen Nerven und von den centrifugalen nur die Hauterweiterer es sind, welche durch Temperaturen von 45—50° C. erregt werden, während die übrigen centrifugalen Nerven nicht erregt, sondern nur in ihrer Erregbarkeit verändert werden. Wurden die Nerven bis auf etwa + 5° C. abgekühlt, so reagirten auf diesen Reiz weder die centripetalen noch die centrifugalen Nerven, wie sich leicht nachweisen liess, weil durch die Kälte sowohl die Erregbarkeit als besonders die Leitungsfähigkeit des Nerven gelitten hatte. — Weiter wurde der Einfluss des konstanten Stromes auf dieselben Nerven untersucht u. z. mit Rücksicht auf die Frage, ob, abgesehen von der Schliessungs- und Oeffnungs-Erregung, auch während des Geschlossenseins der Kette eine Erregung stattfinden möchte. Es zeigte sich, dass wieder nur die sämmtlichen centripetalen Nerven und die Gefässerweiterer der Haut, während der Strom in konstanter Dichte durch diese Nerven floss, erregt wurden, dagegen die übrigen centrifugalen Nerven unerregt blieben. — Von den chemischen Reizen, die ebenfalls der Untersuchung unterzogen wurden, wirkt Kochsalzlösung nur auf die motorischen, nicht auf die sensiblen Nerven; dagegen werden die letzteren Nerven durch Laugen von passender Konzentration kräftig erregt. — Es ist also bewiesen, dass gleiche Reize auf funktionell verschiedene Nerven verschieden wirken. Daraus auf eine Verschiedenheit der Nerven als Leitungsorgane zu schliessen, hält Grützner nicht für zulässig, sondern er setzt die Verschiedenheit der Wirkung vielmehr auf Rechnung der End-Apparate der verschiedenen Nerven. Einen Beweis hierfür sucht er in neuen Versuchsreihen, mit welchen er weiterhin noch beschäftigt ist. —

Dr. Wiltshire, Arzt am St. Marys-Frauenspitale zu London, der zuerst die Aufmerksamkeit der Aerzte auf den Zusammenhang zwischen Pruritus vulvae und Diabetes beim weiblichen Geschlechte angeregt hatte, schenkte seitdem diesem Gegenstande grössere Beachtung und fand in mehreren Fällen, in welchen die Frauen weder Polyurie, noch Abmagerung oder sonstige Diabetes-Erscheinungen, sondern nur Jucken an der Vulva hatten, bei näherer Untersuchung Zucker im Urine. Mehrere andere Collegen haben dieselbe Beobachtung gemacht und räth Verf. desshalb, stets in solchen Fällen, in welchen die Kranken von Jucken an den Genitalien geplagt werden, den Urin auf Zucker zu untersuchen und sich nicht bloss mit einer Waschung von Boraxlösung zu begnügen, sondern frühzeitig eine geeignete Kur vorzunehmen, um dem Ausbruche der Polyurie und anderer gefahrbringender Erscheinungen vorzubeugen. (The Lancet, 1878, Nr. 15.) —

Dr. J. R. Wolfe behauptet, auf folgende Weise mit Sicherheit das chronische Trachom beseitigen zu können. Er macht mit dem Skarifikator in die Bindehaut der Lider mit Einschluss der oberen und unteren Uebergangsfalte Einschnitte und drückt den sagoähnlichen Inhalt mit dem Finger aus, unterhält die Blutung durch warmes Wasser, tröpfelt dann Atropin ein und macht zwei Tage lang mit einer gewärmten Boraxlösung Ueberschläge. Hierauf giesst er Tanninsyrup (1:4) auf die umgeklappten Lider und reibt die Flächen der Lider und des Bulbus aneinander. Nach 2—3 Wochen wird die Skarifikation wiederholt. Tannin und Aneinanderreiben wird alle 2—3 Tage in Anwendung gezogen. Auf diese Weise sollen Trachom und Pannus zum Verschwinden gebracht werden. (Schmidt's Jahrb. d. gesammt. Med., 1878, Nr. 7.) —

Prof. Senator hat in 20 akuten und 10 subakuten und schleichend verlaufenden Fällen von Rheumarthritis die Benzoësäure angewendet. Er fand, dass dieses Mittel in den ersteren Fällen gerade so günstig wirkte wie die Salicylsäure. Dabei hat dasselbe keine unangenehme Nebenwirkung. In einzelnen Fällen erzielte er Erfolge mit diesem Mittel, nachdem die Salicylsäure ihn im Stiche gelassen hatte. Dagegen tritt die Wirkung der Benzoësäure im Allgemeinen nicht so prompt ein wie die der Salicylsäure. Nach seinen bisherigen Erfahrungen empfiehlt Senator die Benzoësäure in Dosen von 8 bis 12 Grm. pro die anzuwenden. (Wiener med. Wochenschrift, 1878, Nr. 41.) —

Redakteur: Prof. Dr. Wintrich in Erlangen. Verleger: Palm & Enke (Adolph Enke) in Erlangen.
(Druck von Junge & Sohn.)

INHALTS-VERZEICHNISS

zum Jahrgang 1878

der medizinischen Neuigkeiten.

Abführmittel, deren physiologische Wirkung 251.
Abnabelung 384.
Abortus, Blutungen danach 369; A—, intra-uterine Ergotininjektionen danach 88.
Abszesse s. betreffende.
Acne 121.
Addison'sche Krankheit 213.
Albuminurie nach körperlicher Anstrengung 200; A— — akuter Nephritis 403.
Alkalien, doppeltkohlensaure, nothwendige Bestandtheile des Thierkörpers 253.
Alkohol und Strychnin, existirt zwischen ihnen ein antagonistisches Verhältniss? 280.
Alkoholeinspritzungen, subkutane, zur Heilung kleiner Hernien 63.
Alkoholmissbrauch der Amme, schädlicher Einfluss auf das Kind 47.
Amyloidreaktion bei mykotischer Keratitis 104.
Analfisteln 390.
Anämie, Augenhintergrundveränderungen dabei 192; A—, progressive perniciöse 111.
Anästhesie als Folge krankhafter Veränderung des Mittelhirnes 287.
Anästhesirung bei der Entbindung 213.
Anästhetica s. betr.
Aneurysma in der Wand eines Magengeschwüres 32; A— s. betr.
Angio-Sarkome 350.
Anstrengung, körperliche, Albuminurie danach 200.
Antimon und Arsen, Unterscheidungsverfahren 278.
Aortenaneurysma 262.
Aortenklappeninsufficienz, Pulskurven, Doppelton und Doppelgeräusch in der Kruralarterie dabei 3.
Aphonie, hysterische 109.
Area Celsi 392.
Argyria 53.
Arsenik, dessen Einfluss auf den Organismus 191; A—, dessen Einwirkung auf den Gehalt des Blutes an Blutkörperchen 111; A— und Antimon, Unterscheidungsverfahren 278.
Arterien s. betr.
Arthritis urica 192; A— s. Gicht.
Arthromeningitiden 192; A— vgl. a. Gelenkentzündungen.
Ascites in Folge von Lebercirrhose 198.
Aspilia latifolia neues Hämostaticum 320.
Athmung, deren Einwirkungen auf den Kreislauf 371; A—, innere, im Blute der Placenta 384; A— s. betr.
Athmungspausen s. Respirationspausen.
Athmungsversuche, Resultate 149.
Atlas, zweiseitige Verrenkung der unteren Gelenkflächen 292.
Atrophie s. Hemiatrophie u. Betr.
Atropin, dessen Wirkungen bei der Staarextraktion 342.
Aufgehen, Mittel dagegen 110.
Aufreiten, Mittel dagegen 110.
Augenbewegung, Einfluss der Medulla oblongata auf erstere 254.
Augenbindehaut s. Konjunktiva.
Augenhintergrundveränderungen bei Anämischen 192.
Augenleiden, Statistisches 26; A— durch sexuelle Einflüsse 95; A— s. betr.
Augenlidererkrankung, luetische 99.
Augenüberbürdung 185.
Auswurfsepitelien, ob daraus Lungenphthisis diagnostizirbar? 81.

Bacillus, dessen Entstehung 105.
Bad, Verhalten von Puls und Temperatur in ersterem 415; B— s. betr.
Bakterien in Gasen 48.
Bandwurm 336.
Bauchfell s. Peritoneum.
Bauchschnitt s. Gastrotomie, Laparatomie.
Bauchvene, Kommunikation mit der Nabelvene 250.
Bauchwand, Kystengeschwülste derselben 8.
Bauchwassersucht s. Ascites.
Bein, Kontraktur von dessen Adduktoren 359.
Benzoësäure gegen Rheumarthritis 416.
Blasenausschlag s. Pemphigus.
Blasenhalserweiterung zur Feststellung von Gebärmuttererkrankungen 402.
Blasenkatarrh, chronischer 239.
Blasenlähmung 239.
Blasenreizung, chronische, nach Ovariotomie, Chininlösung dagegen 296.
Blasensteine, das Mikrophon zu deren Entdeckung 272.
Blattern vgl. Vaccination etc.
Blei, salpetersaures, gegen Onyxis 352.
Bleigehalt in Syphons aufbewahrter moussirender Wässer 23.
Bleivergiftung 79.
Bleiwirkung 218.
Blennorrhoeeinimpfung gegen Pannus 126.
Blut, Einwirkung von Eisen, Leberthran und Arsenik auf dessen Gehalt an Blutkörperchen 112; B—, dessen Zuckergehalt 150.
Blutarmuth s. Anämie.
Blutbeschaffenheit, Beziehungen zwischen ihr und dem Auftreten des Hydrops 25; B— bei Typhus 406.
Blutergüsse, deren Resorption 62.
Blutgefässe, durch Schnitt verletzte, Vernarbungsvorgang 137.
Blutkörperchen, weisse, Einfluss des Chinin auf deren Auswanderung bei der Entzündung 91; B—, —, Anhäufungen in der Gehirnrinde 103.
Blutstillungsbinde, elastische 365.
Blutstillungsmittel, Aspilia latifolia als solches 320.
Blutstillungszange, neue 79.
Bluttransfusion 229; B— ersetzt durch Milchinfusion 293.
Blutungen s. betr.
Blutveränderungen beim Durchgang durch die Leber 7; B— im Fieber 150; B— Syphilitischer 344.
Bodenuntersuchungsresultate 282.
Brennen der Füsse nach Märschen, Mittel dagegen 109.
Bright'sche Krankheit, Granularschwund als deren Endstadium und sein Verhältniss zur Herzhypertrophie 337.
Bromismus 80.
Bromkaliumgaben, grosse, Bronchialkatarrh danach 271.
Bronchialathmen 240.
Bronchialkatarrh nach grossen Bromkaliumgaben 271.
Bronchitis 308.
Bruchband, neues 304.
Brüche, reponible, Radikaloperation 295; B— s. Hernien u. betr.
Brucheinklemmung 274.
Brustkrankheiten s. betr.
Brustkrebs 344, 368.
Brustwarzen, wunde, Karbolsäurelösung dagegen 291.
Bubonen, akute 348.
Bulbärparalyse 342.
Bulbusenukleation als Ursache sekundärer Degeneration der Opticusfasern 274.

Cercomonas intestinalis in Stuhlgängen Kranker 55, 174.
Cervixerkrankungen 412.
Chinin, dessen Einfluss auf Auswanderung der weissen Blutkörperchen bei der Entzündung 91; Ch—, dessen fäulnisswidrige Wirkung 64.
Chininlösung gegen chronische Blasenreizung nach Ovariotomie 296.
Chloralharn, neuer Körper darin 147.
Chloralhydrat gegen Magengeschwüre 232.
Chloralwirkung 108, 147.
Chloroforminjektionen, subkutane, als schmerzstillendes Mittel 15.
Chrysophansäure gegen Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor und Psoriasis vulgaris 204.
Chylurie 39.
Cirrhose s. betreffende.
Coffeïn, Wirkungen von dessen Citrat und Bromhydrat 56.
Conglutinatio orificii uteri externi 126.
Cruralarterie, Erklärung des Doppeltones an derselben 270.
Cuprum sulphuricum, Verfahren zu dessen fast ganz schmerzloser Applikation auf die Konjunktiva 406.

Damm-Verletzung und -Schutz 127.
Darmfläche als Verbandmaterial 92.
Darmkrankheiten s. betr.
Darmobstruktionen, Laparotomie dagegen 154.
Darmverschliessung 366, 384.
Dentitionskrankheiten 177.
Diabetes, Ursache plötzlichen Todes danach 296; D— und Pruritus vulvae, deren Zusammenhang 416.
Diabetisches Koma 223.
Diarrhoe, Koto dagegen 243; D—, chronische, Zinkoxyd dagegen 200; D— s. Fettdiarrhoe.
Diphtherie 277; D—, Sektionsergebnisse 224; D— und Krup 193, 276.
Diphtheritis der Schleimhaut und Wunddiphtheritis 284.
Drainage mit Katgutbündeln 95; D— des puerperalen und auf seiner Innenfläche erkrankten Uterus 94.
Druckverband zur Behandlung der Netzhautablösung 231.
Drüsen s. betr.
Drüsenentzündung s. Lymphadenitis.
Drüsengeschwülste 256.
Duboisin-Wirkungen 227, 309, 342.
Dysmenorrhoe 207.

Echinokokkuskysten der Nieren und des perirenalen Bindegewebes 129.
Eier der Hühner, Verhalten der Kalkschalen bei der Bebrütung 124.
Eierstockkysten 294.
Eierstockoperation s. Ovariotomie.
Eisen, dessen Einwirkung auf den Gehalt des Blutes an Blutkörperchen 112.
Eiweiss, verdautes, gelangt es durch den Brustgang in das Blut? 327.
Eiweissharnen s. Albuminurie.
Ekzem, Mittel dagegen 72, 121; E— s. betr.
Emotionsneurosen 89.
Empyem, antiseptische Behandlung 233.
Endokarditis 85, 374, 407.
Entbindung, Anästhesirung dabei 213; E—, Fibromyomrückbildung danach 23; E— s. Geburt, Placenta u. die betr. Zustände und Operationen.
Entbundene s. Wöchnerinnen.
Entzündung, akute 156, 163, 247, 255; E—, Einfluss des Chinin auf Auswanderung der weissen Blutkörperchen bei ersterer 91.
Enzyme und Fermente 180.
Epidemieen s. betr.
Epididymitis, neue Verbandmethode 409.
Epiglottisinkarzeration als mechanischer Faktor beim Kehlkopfkrampf der Kinder 278.
Epilepsie 151, 263, 390.
Epiphysen-Osteomyelitis 192.
Epitelien s. betr.
Epiteliom 122.
Erbrechen Schwangerer 161.
Ergotininjektionen, intra-uterine, gegen Blutungen nach Geburt oder Abortus 88.
Erstickung häufigste Todesursache bei Kindern 306.
Erysipelas 209, 264.
Erythema exsudativum multiforme 128; E— nodosum 152.
Eserin, dessen Wirkungen bei der Staaroperation 342.
Essigsäure gegen Psoriasis 56.
Extensor quadriceps, Kontraktionsphänomene 382.

Faradisation der Milz gegen Intermittens 212.
Fäulnissversuche, Resultate 261.
Favus 2, 392.
Fermente und Enzyme 180.
Fettdiarrhoe der Säuglinge 138.
Fettherz 253.
Fibromyomrückbildung nach der Entbindung 23.
Fieber, Blutveränderungen dabei 150; F—, Kohlensäureausscheidung in solchem 332; F— s. betr.
Fingerkontraktur 381.
Fistula omphalo-mesenterica 191; F— s. betr.
Flecktyphus 321.
Fossa supraclavicularis, Schwellung von deren Gegend bei Neuralgia cervico-brachialis 319.
Fötus, Stoffansatz bei demselben 17; F— vgl. Frucht, Geburt u. Betr.
Fremdkörper, deren Entfernung aus dem Oesophagus 126; F—, Reflexepilepsie dadurch 263.
Frucht, Steigen der mütterlichen Temperatur gefährlich für erstere? 289; F— vgl. Fötus, Geburt u. Betr.
Fruchtblasensprengung und vorzeitiger Abgang des Fruchtwassers 74.
Fünflingsgeburt 76.
Fungöse Entzündung 192.
Füsse, deren Brennen nach Märsch. Mittel dagegen 109; F— u. betr. Leiden.
Fuss- und Steisslagen 326.

Gährung in vorher gekochten Flüssigkeiten, Zustandekommen der ersteren 105.
Galaktorrhoe 71.
Gallenfarbstoff im Speichel Ikterischer 46.
Gallensteinkolik, Podophyllin dagegen 406.
Ganglien, Karbolsäureinjektionen dagegen 41.
Gangrän s. betr. Körpertheil.
Gasbakterien 48.
Gastrotomie 379, 384.
Gebärende vgl. Entbindung, Fuss- und Steisslagen, Geburt, Placenta, Uterus, Wöchnerinnen und die verschiedenen Erkrankungen und Zustände.
Gebärmutterkanal, Laminaria zu dessen Dilatation 241.
Gebärmutterkrankheiten 14; G—, Werth rascher Erweiterung der Harnröhre und des Blasenhalses zur Feststellung von G. 402; G— vgl. Uterus u. Betr.
Gebärmuttervorfall 373.
Geburt, Ergotininjektionen gegen Blutungen danach 88; G— von Fünflingen 76; G— s. Entbindung, Placenta, Zwillingsgeburten u. die betr. Erkrankungen u. Zustände.
Gehirn, kreuzen sich die von ihm ausgehenden reflexhemmenden Bahnen? 182; G— s. u. Grosshirn, Hirn, Mittelhirn.
Gehirnarterienerkrankung, luetische 331.
Gehirnbewegung 5.
Gehirnblutung 4.
Gehirnerschütterung 311.
Gehirnkrankheiten 389; G— s. betr.
Gehirnrinde, Anhäufungen weisser Blutkörper darin 103; G— s. Grosshirnrinde.
Gehirnrindenentzündung 135.
Gehirnventrikelwände, deren Wucherungen 198.
Gehörleiden s. betr. und betr. Theile des Ohres.
Gelenkaffektionen, Punktion und Auswaschung mit Karbolsäure dagegen 192; G— s. betr.
Gelenkentzündungen, fungöse, Wichtigkeit der Eiterung dabei 320; G—, skrophulöse und tuberkulöse 215; G— vgl. a. Arthromeningitiden, Tumor albus.
Gelenkwassersucht s. Hydrarthros.
Gelsemiumwurzel, deren Wirkung 230.
Geschwülste s. betr.

Gesichtshautepitelialkrebs 368.
Gicht 256; G— s. Arthritis.
Glaskörper, Blutergüsse 136; G—, Entzündung desselben 323.
Glaskörperhöhle, hintere, Untersuchungsresultate 93.
Glaukom 142; G— s. u. Hornhaut.
Glyzerinwirkungen 325.
Goapulver gegen Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor und Psoriasis vulgaris 204.
Grosshirnrinde, psychomotorische Centren darin 391; G— s. Gehirnrinde.
Grosshirnverrichtungen 68.

Hadernkrankheit und Milzbrand 304.
Hallucinationen, deren Ursache 358.
Hämoglobinurie, periodische 265.
Hämophilie 365.
Hämorrhagieen s. betr.
Hamorrhoiden 9.
Hämostaticum, Aspilia latifolia als solches 320; H— s. betr.
Harn, Kalkausscheidung darin 68; H— mit salicylsaurem Natron Behandelter, Untersuchungsresultate 22; H— nach Rheum und Santonin 127; H—, gekochter, ob in ammoniakalische Gährung übergehend? 130; H— ganz junger Kinder, Untersuchungsresultate 31.
Harnblasenleiden s. Blasenkatarrh u. betr.
Harnleiden s. betr.
Harnröhre, deren endoskopische Untersuchung beim Tripper 301; H—, weibliche, deren Erweiterung zur Feststellung von Gebärmuttererkrankungen 402; G—, —, Ersatz 40; H— s. Urethra.
Harnröhrenentzündung s. Urethritis.
Harnruhr s. Diabetes.
Harnsäure, Beziehungen zur Steinbildung 411.
Harnsekretion 47.
Harnstoffausscheidung, Beziehungen der Muskelarbeit dazu 191.
Hasenschartenoperation, frühzeitige, Vortheile 119.
Haut, Kohlensäureausscheidung durch dieselbe 37; H— Gesunder und Syphilitischer, deren Verhalten zu verschiedenen Reizen 231.
Hautemphysem bei Spitzenphthise 111.
Hautkrankheiten, deren mechanische Behandlung 121; H— s. betr.
Hautparasiten, vegetabilische, Selbstinokulation 295; H— s. Parasiten u. betr.
Haut- und Nierenthätigkeit 201.
Heftplasterstreifen zur Behandlung von Unterschenkelgeschwüren 286.
Heisswasser-Einspritzungen gegen Metrorrhagieen 145.
Hemiatrophia facialis progressiva 29.
Hemiopie und Sehnervenleiden 119.
Hemiopische Sehfeldbeschränkung 131.
Hernien, kleine, subkutane Alkoholeinspritzungen dagegen 63; H—, Radikaloperation 42; H— s. Brüche.
Herpes tonsurans 2, 122, 204, 392.
Herz, Einfluss der Vagi darauf 56.
Herzbeutel s. Perikardium.
Herzbewegung, Untersuchungsresultate 141.
Herzgrösse, Bestimmung durch Palpation 329.
Herzhypertrophie und Nephritis 183, 337.
Herzklappenfehler 340.
Herzleiden s. betr.
Herzthätigkeit, Einfluss von Sinneserregungen auf erstere 175.
Herztöne, Untersuchungsresultate vermittelst Mikrophon und Telephon 408; H— und Geräusche, deren Hörbarkeit in grösserer Entfernung von Kranken 400.
Hirn s. u. Gehirn, Grosshirn, Mittelhirn.
Hirnaffektion, rheumatische 235.
Hirnsubstanz, weisse, Stellen, deren Reizung die Bewegung bestimmter Muskelgruppen der anderen Seite zur Folge hat 255.
Hodenentzündung s. Epididymitis.
Hodengangrän 176.
Höllensteinstift, elastischer 328.
Hornbildungen, pathologische 237.
Hornhautentzündung s. Keratitis.
Hornhauterkrankung s. Glaukom u. betr.
Hornhautnervenstämme, deren Vertheilung und Verästelung 39.
Hornhautwundheilung 376.
Hornhautzerfall 381.
Husten s. Keuchhusten.
Hydrarthros 192.
Hydrocephalus acutus 256.
Hydrokele 194, 312.
Hydronephrose 11.
Hydrophobie 110.
Hydrops, Beziehungen zwischen dessen Auftreten und der Blutbeschaffenheit 25.
Hyperämie s. betr.
Hypertrophie s. betr. Organe.
Hypertrophische Wucherungen 122.
Hypoxanthin und Milchsäure im thierischen Organismus 388.
Hysterie s. betr. Leiden.

Ikterische, Gallenfarbstoff in deren Speichel 46.
Impfung s. Vaccination.
Implantationsversuche, Resultate 279.
Infarkte nach Thoraxparakentese 303.
Infektion s. betr. Erkrankung.
Inhalationspneumonieen, miliare 46.
Insolation 214.
Interkostalneuralgie, Karbolinjektionen dagegen 359.
Intermittens, Faradisation dagegen 212; I— urticata 120.
Intussuszeption, Laparotomie dagegen 154.
Jodmittel, humanisirt durch Ammen- oder Muttermilch, Säuglingen beizubringen 232.
Jodoform gegen verschiedene Leiden 256, 328.

Kaiserschnitt 205.
Kalkausscheidung im Harne 68.
Kalkschalen der Hühnereier, Verhalten bei der Bebrütung 124.
Kanäle, halbzirkelförmige, deren Funktion 238; K— in Häusern, Luftverunreinigung dadurch, Verhältniss zymotischer Krankheiten dazu 215.
Karbolmethode, antiseptische, Vortheile des Thymolverbandes 90.
Karbolsäure gegen wunde Brustwarzen 292; K— zur Heilung von Ganglien 41; K— gegen Gelenkaffektionen 192; K— gegen Interkostal- und Lumbal-Neuralgieen 359; K— ersetzt durch Thymol zur Wundbehandlung 268.
Karbolsäureintoxikation 122, 169.
Karzinome, deren Bösartigkeit Folge ihrer örtlichen Destruktivität 187; K— s. betr.
Katarrh s. betr.
Katgutresorption 252.
Kehlkopfblennorrhoe 414.
Kehlkopfexstirpation, günstiger Erfolg 96.
Kehlkopfgeschwüre, Jodoform dagegen 328.
Kehlkopfkrampf der Kinder, Epiglottisinkarzeration als mechanischer Faktor 278.
Kehlkopfkrankheiten s. betr.
Kehlkopfmuskulatur Phthisischer 67.
Kehlkopfpolypenoperation 132.
Kehlkopftuberkulose 199.
Keratitis, mykotische, mit Amyloidreaktion 104; K—, parenchymatöse 67, 346.
Keratosen s. betr.
Keuchhusten 350.
Keuchhustensputa, niedere Organismen darin 248.
Kindbettfieber s. Puerperalfieber.
Kinder, plötzliche Todesarten 308; K— s. Neugeborene, Säuglinge u. betr. Krankheiten und Zustände.
Kindeslagen s. betr.
Kindesnahrung, natürliche 23.
Kniegelenkresektion 225.
Knochenerkrankung s. betr.
Knochenerweichung s. Rhachitis.
Knochengewebe, dessen Regeneration 225.
Knochenmark, dessen Verhalten unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen 180; K—, Hyperämie desselben 207.
Knochenmarkentzündung s. Osteomyelitis.
Knochenresorption 394.
Kohlensäureausscheidung durch die Haut 37; K— im Fieber 332.

Kohlenstaubinhalation 218.
Kollodium gegen Ekzem 72.
Koma, diabetisches 223.
Komedonen 121.
Konjunktiva, Verfahren zur fast ganz schmerzlosen Applikation des Cuprum sulphuricum auf erstere 408.
Kontrakturen 12; K— s. betr.
Kopfgeräusche bei jungen Kindern 178.
Kopfleiden s. betr.
Kotoin, dessen Wirkungen 242.
Kotorinde, deren Wirkungen 242.
Krup vgl. Diphtherie.
Krampfkrankheiten s. betr.
Kreislauf, Einwirkungen der Athmung auf ersteren 371.
Kriegsverletzungen, Einfluss der Syphilis auf deren Verlauf 353.
Kropf 35, 57; K— s. Struma.
Krup und Diphtherie 193, 276; K— vgl. Diphtherie.
Krupöse Krankheiten s. betr.
Kruralarterie, Doppelton und Doppelgeräusch darin bei Aortenklappeninsufficienz 3.
Kupfer, schwefliges s. Cuprum sulphuricum.
Kupfervergiftung 228.
Kurzsichtigkeit 185.
Kysten s. betr.

Lähmung s. Paraplegie, Paralyse u. Betr.
Laminaria zur Dilatation des Gebärmutterkanales, antiseptisches Verfahren zur Verhütung von Metritis und Parametritis 241.
Laparotomie gegen akute Darmobstruktionen und Intussuszeption 154.
Laryngismus stridulus s. Kehlkopfkrampf 6.
Laryngospasmus 308.
Laryngotomie 202.
Leber, neue Funktion derselben 71; L— Hauptbildungsstätte des Harnstoffs 175; L—, Veränderungen des Blutes beim Durchgang durch erstere 7; L—, Zinkoxyd derselben 32; L—, deren Zuckergehalt 150.
Leberarterienerkrankungen, aneurysmatische 55.
Lebercirrhose, Ascites danach 198; L— bei Phosphorismus 226.
Leberdegeneration 358.
Leberentzündung bei Phosphorismus 226.
Leberpulsation, systolische 383.
Leberthran, dessen Einwirkung auf den Gehalt des Blutes an Blutkörperchen 112.
Leukämie 73, 239.
Lippenkrebs 368.
Lister's Verfahren bei Verbrennungen 320.
Luft, komprimirte, Einfluss des Aufenthaltes darin 318.
Lues, Uebertragung durch Speichel 143; L— s. betr. Erkrankung.
Luetische Augenlidererkrankung 99.
Luftinsufflationen zur Erleichterung chirurgischer Operationen 224.
Luftröhrenerkrankungen s. betr.
Luftverunreinigung in Häusern durch Kanäle, Verhältniss zymotischer Krankheiten dazu 215.
Lumbalneuralgie, Karbolinjektionen dagegen 359.
Lungen, Einfluss des Staubes auf solche 112; L—, — der Vagi auf erstere 56.
Lungenentzündung, syphilitische 206; L— s. Pneumonie.
Lungenleiden s. betr.
Lungenmuskeln, Einfluss des Vagus darauf 349.
Lungenödem 29, 339.
Lungenphthisis aus Epitelien des Auswurfs zu diagnostiziren? 81; L— vgl. Phthisis, Tuberkulose.
Lungensyphilis 320.
Lungentuberkulose vgl. Lungenphthisis, Phthisis, Tuberkulose.
Lungen- und Pleurawunden 399.
Lupus erythematodes 51; L— vulgaris 121; L— und Syphilis 250.
Luxationen 341; L— s. betr.
Lymphadenitis retropharyngealis 167.
Lymphdrüsenleiden, chronische, Schmierseife dagegen 296.
Lyssa, geheilte 405.

Magen, Lokaltherapie desselben 115.
Magenfisteln 310.
Magengeschwüre, Chloralhydrat dagegen 232.
Magenkatarrh 413.
Magengeschwürwandaneurysma 32.
Magenkarzinom 264.
Magensaft, über dessen Säure 295; M— eines Gastrotomirten mit Oesophagusimpermeabilität, Untersuchungsresultate 248.
Mammarkarzinom 344, 368.
Mastdarm s. Rectum.
Mastdarmbougies, Vorsicht dabei 144.
Mastdarmvorfall 375.
Mastitis 119.
Medulla oblongata, deren Einfluss auf die Augenbewegung 254.
Meisseln, dreihändiges, Vortheile 118.
Menstruation 140, 364; M— vgl. Dysmenorrhoe.
Metalloskopie 302.
Metallotherapie 302, 398.
Metritis 241.
Metrorrhagieen, Neigung mit Struma behafteter Frauen dazu 272; M—, Heisswasser-Einspritzungen dagegen 145.
Mikrokokkus, dessen Entstehung 105.
Mikrophon zur Entdeckung der Blasensteine 272; M— und Telephon zur Untersuchung der Herztöne 408.
Milchabsonderung, krankhafte, s. Galactorrhoe.
Milchanalyse, beste 152.
Milchinfusion statt Bluttransfusion 293.
Milchsäure und Hypoxanthin im thierischen Organismus 388.
Milz, deren Funktion 15.
Milzbrand 217, 346; M— oder putride Infektion? 116; M— an Hadernkrankheit 304; M— erregende Mikroorganismen, Züchtungsresultate 120.
Milz-Faradisation gegen Wechselfieber 212.
Mitralinsufficienz 107.
Mittelhirnveränderung als Ursache der Anästhesie 287.
Molluscum contagiosum 347.
Mundhöhlen-Schleimhaut-Plaques 55.
Muskelarbeit, deren Beziehungen zur Harnstoffausscheidung 191.
Muskeln, Tuberkulose derselben 61; M—, deren Zuckergehalt 151; M—, quergestreifte, deren Veränderungen bei verhinderter oder aufgehobener Cirkulation 238.
Muttermäler s. Naevi.
Myelitis, Sklerose dabei 256.
Myokarditis, syphilitische 256.

Nabelblutungen 365.
Nabelfistel 192.
Nabelkyste 8.
Nabelvene, Kommunikation mit einer Bauchvene 250.
Nahrung im Kindesalter 23.
Nahrungszufuhr durch das Rectum 220.
Näselnde Sprache, Ursache und Bedeutung 404.
Nasendouche 21.
Nasensyphilis 19.
Natron, salicylsaures s. Salicylsaures Natron.
Naevi, multiple Skarifikationen dagegen 317.
Nekrose bei lokalisirtem Typhus 97; N— s. betr. Organe.
Nephritis, akute, lange Dauer der Albuminurie danach 403; N—, interstitielle 43, 368; N— und Herzhypertrophie 183, 337.
Nephrose s. Hydronephrose.
Nerven, gefässerweiternde, und lokalen tonusregulirender Apparat 38.
Nervenerregungsresultate 415.
Nervenfieber s. Typhus.
Nervengewebe, zur Pathologie desselben 125.
Nervenknoten s. Ganglien.
Nervenleiden, Statistisches 113; N— durch psychische Einflüsse 89; N— s. betr.
Nervennaht u. Nervenregeneration 300.
Netzhautablösung 70, 231.
Neugeborene, sind deren seelische Phänomene Reflexvorgänge? 196; N— s. Geburt, Kinder u. betr. Krankheiten u. Zustände.
Neuralgia 22, 256; N— cervico-brachialis, Schwellung der Gegend der Fossa supraclavicularis dabei 319; N— s. betr.

Neuritis 256.
Nierencirrhose, primäre 303.
Nierendegeneration 358.
Nieren-Echinokokkuskysten 129.
Nierenentzündung s. Bright'sche Krankheit, Nephritis.
Nierenkrankheiten 345; N— s. betr.
Nieren-Quetschungen und -Zerreissungen 333.
Nierenthätigkeit und Thätigkeit der Haut 201.

Oberschenkelkopfresektion von vorne her 360.
Ohrenentzündung, krupöse 44.
Ohrenleiden s. betr. u. betr. Theile des Ohres.
Oidium albicans 2.
Oligurie 357.
Onyxis 352.
Opticusfaserndegeneration nach Enukleation des Bulbus 274.
Orchitis 176.
Oesophagus, Entfernung von Fremdkörpern daraus 126.
Ossifikation 393.
Osteomyelitis 157, 163.
Ovarialkysten s. Eierstockkysten.
Ovariotomie 264; O—, Blasenreizung chronische, danach, Chininlösung dagegen 296.

Pachymeningitis haemorrhagica 139.
Palpation zur Bestimmung der Herzgrösse 329.
Pannus 416; P—, Einimpfung von Blennorrhoe dagegen 126.
Parakotoin, dessen Wirkungen 242.
Paralyse, ob Syphilis deren Ursache? 21; P—, progressive 280, 367; P— s. betr. Erkrankungen.
Parametritis 241.
Paraplegia a frigore 101.
Parasitäre Infektionskrankheiten 313; P— — s. betr.
Parasiten, pflanzliche, und dadurch bedingte Krankheiten 1; P— s. Hautparasiten u. betr.
Pars mastoidea, Nekrose derselben 43.
Pemphigus vaginae 354.
Perikardium, Exsudationen 256.
Peritoneum, Exsudationen 256.
Pes varus congenitus 173.
Pharynxabszesse s. Retropharyngealabszesse.
Phlegmone granulosa 355.
Phosphorismus und Phosphorvergiftung, Entzündung der Leber dabei 226.
Phthisis, deren Kontagiosität 360, 385; Ph—, Stimmstörungen dabei 355; Ph— vgl. Lungenphthisis, Spitzenphthise, Tuberkulose.
Phthisische, deren Kehlkopfmuskulatur 67.
Phthisisübertragung durch die Hebamme 377.
Pilokarpin, dessen Wirkungen 59, 328, 384.
Pilzformen 1.
Pilzvergiftung 189.
Pityriasis versicolor 2, 122, 204.
Placenta, innere Athmung in deren Blute 384.
Placentare Untersuchungsresultate 45.
Placentarer Stoffverkehr 17.
Placentarreste im Uterus nach der Geburt, Nothwendigkeit bezüglicher Untersuchung 31.
Pleuraexsudationen 256.
Pleurahöhlenergüsse 133.
Pleura- und Lungenwunden 399.
Pleuritis, Mortalitätsstatistik 134; Pl—, Temperatur dabei 324; Pl—, Thorakokentese dabei 206.
Pleuritische Exsudate, deren Resorption 64.
Pneumonie, akute fibrinöse 268; P—, wandernde 83; P— vgl. a. Inhalationspneumonie, Lungenentzündung.
Pocken 16.
Podophyllin gegen Gallensteinkolik und habituelle Stuhlverstopfung 406.
Pökilothermie, künstliche 100.
Polythelie 406.
Pressschwamm, dessen Bedeutung 77.
Prurigo 121.
Pruritus 299; P— vulvae 382; P— — und Diabetes, deren Zusammenhang 416.
Psoriasis 56, 121, 204, 263, 334.
Psychische Einflüsse, Nervenleiden dadurch 89.
Psychomotorische Centren in der Grosshirnrinde 391.
Psychosen, deren Behandlung 148; P— s. betr.
Puerperale Infektion, deren Verhütung 69; P— Krankheiten s. Wochenbettkrankheiten u. betr.
Puerperalfieber 348.
Pulmonalarterienobturation 88.
Puls, dessen Verhalten im Bade 415; P— der Wöchnerinnen 281.
Pulskurven bei Aortaklappeninsuffizienz 3.
Putride Infektion oder Milzbrand? 116.
Pyämie, beginnende, Operation dagegen 340.
Pylorusinkontinenz 375.

Rectum, Exstirpation 335; R—, Nahrungszufuhr dadurch 220.
Rectumschleimhaut, anale Divertikel derselben und ihre Beziehung zu den Analfisteln 390.
Rectumvorfall 375.
Reflexvorgänge die seelischen Phänomene beim Neugeborenen? 196.
Refrigeration 214.
Respiration s. Athmung.
Respirationspausen 257.
Retropharyngealabszesse der Kinder 167.
Rhachitis 395.
Rheum, Eigenschaften des Harnes danach 127.
Rheumarthritis 416.
Rheumatische Leiden s. betr.
Rosshaardrainage, Vortheile 95.
Rückenmark, durchschnittenes, von Thieren, dessen Erregbarkeit 208.
Rückenmarkdegenerationen 315.
Rückenmarksentzündung s. Myelitis.
Rückenmarkskrankheiten 401; R— s. betr.

Salicylsäure nachtheilig? 48, 372.
Salicylsaures Natron, Resultate aus Untersuchungen des Harnes damit Behandelter 22.
Santonin, Eigenschaften des Harnes danach 127.
Sarkom s. betr.
Säuglinge, Verfahren, ihnen Jodmittel beizubringen 232; S— s. Neugeborene u. die verschiedenen Krankheiten und Zustände.
Scharlach 221.
Scheide s. Vagina.
Scheidengeschwülste 352.
Scheidenkarzinom 413.
Scheidenkysten 413.
Scheidenvorfall 266.
Schilddrüsentuberkulose 208.
Schlaf, dessen Ursachen 30.
Schmierseife gegen chronische Lymphdrüsenleiden 296.
Schwangere s. deren Krankheiten u. Zustände.
Schwefelkupfer s. Cuprum sulphuricum.
Schwefelwässer gegen latente Syphilis 33.
Schweiss, übermässiger, Koto dagegen 243.
Schweisssekretion 297.
Schweisstreibendes Mittel, Pilokarpin als solches 59.
Sehnervenkreuzung, unvollständige 273.
Sehnervenleiden und Hemiopie 119.
Sehroth 317, 326.
Sehstörungen s. betr. Leiden.
Sepsis, Verfahren dagegen 153.
Siderosis 184.
Sinneserregungen, deren Einfluss auf die Herzthätigkeit 175.
Sinnestäuschungen s. Hallucinationen.
Skarifikationen, multiple, zur Operation der Naevi 317.
Sklerose, Myelitis dabei 256; S—, syphilitische 249.
Skorbut 244.
Skrophulose s. betr. Krankheiten.
Soor 1.
Spitzenphthise, Hautemphysem dabei 111.
Sprache, näselnde, Ursache und Bedeutung 404.
Staarextraktion, Wirkungen des Atropin, des Eserin und schwefelsauren Duboisin dabei 342.
Staarkrankheiten s. betr.
Starrkrampf durch ein Haar verursacht 336; St— s. Tetanus.

Staub, dessen organische Bestandtheile 290; St—, dessen Einfluss auf die Lungen 112.
Steinbildung, Beziehungen der Harnsäure zu ersterer 411.
Steiss- und Fusslagen 326.
Stimmbandlähmung, hysterische 109.
Stimmstörungen bei Phthisis 355; St— s. betr.
Struma, grosses pulsirendes, Heilung 280; St—, Neigung damit behaftet. Frauen zu Metrorrhagieen 272; St— s. Kropf.
Strumitis 165.
Strychnin. und Alkohol, existirt zwischen ihnen ein antagonistisches Verhältniss? 280.
Stuhlgänge Kranker, Cereomonas intestinalis darin 55, 174.
Stuhlverstopfung, habituelle, Podophyllin dagegen 406.
Sublimatwirkung 260.
Sykosis 122.
Sympathicusaffektionen 29.
Synovitis 192.
Syphilis, deren Behandlung 246, 298; S—, Blutveränderungen dabei 344; S—, Verhalten der Haut zu verschiedenen Reizen 231; S—, deren Einfluss auf Verlauf von Kriegsverletzungen 353; S—, Ursache allgemeiner Paralyse? 21; S—. Tayuya dagegen 70; S—, latente, Schwefelwässer dagegen 33; S— hereditaria tarda 396; S— Schwangerer 328; S— und Lupus 259; S— und Tuberkulose 245; S— s. Lungensyphilis u. Betr.
Syphilisimpfung bei Thieren und Natur des syphilitischen Kontagiums 361.
Syphilitische Identitätslehre 49; S— Krankheiten s. betr.
Syphons, Bleigehalt darin aufbewahrter moussirender Wässer 23.

Tabakvergiftung, chronische 156.
Tayuya gegen Syphilis 70.
Telephon und Mikrophon zur Untersuchung der Herztöne 408.
Temperatur, deren Verhalten im Bade 415; T—, — Steigen bei der Mutter schädlich für die Frucht? 289; T— s. betr. Krankheiten.
Tenonitis 380.
Tetanus 110; T— s. Starrkrampf.
Theer innerlich gegen Psoriasis 263.
Thorakocentese bei Pleuritis 206.
Thoraxparakentese, Infarkt danach 303.
Thymol statt Karbolsäure zur Wundbehandlung 268.
Thymollymphe 188.
Thymolverband, Vortheile vor der antiseptischen Karbolmethode 60.
Todesarten s. betr.
Torula, deren Entstehung 105.
Trachom 305, 416.
Transfusion s. Bluttransfusion.
Transspirationsversuche, Resultate 149.
Tripper, endoskopische Untersuchung der Harnröhre dabei 391.
Trokar, neuer vorzüglicher 119.
Tuberkulose 123; T—, Uebertragung durch die Hebamme 377; T— und Syphilis 245; T— vgl. Lungenphthisis, Phthisis u. Betr.
Tumor albus 195; T— — vgl. a. Gelenkentzündung u. Betr.
Typhus, Beschaffenheit des Blutes dabei 408; T—, lokalisirter, Nekrose dabei 97; T— s. Flecktyphus.

Ulcera cruris 93.
Ulcerative Prozesse 122.
Ulcus corneae 381.
Unterschenkelgeschwüre, deren Behandlung mit Heftpflasterstreifen 286.
Urachuskyste 8.
Urethra, deren Aufblasen zur Erleichterung der Sondirung 72; U— s. Harnröhre.
Urethritis 301.
Urin s. Harn.
Uterus, gesunder, bewegt er sich oder nicht? 403; U—, dessen Exstirpation bei Karzinom der Vaginalportion 182; U—, Nothwendigkeit der Untersuchung bez. darin zurückgebliebener Placentarreste nach der Geburt 31; U—, Wasserinjektion gegen dessen Krankheiten 60; U—, Behandlung des puerperalen und auf seiner Innenfläche erkrankten 94; U— s. Gebärmutter, Cervixerkrankungen etc.
Uterusoperationen 412; U— s. betr.

Vaccination, intrauterine 16.
Vaccinelymphe, thymolisirte 188.
Vagi, deren Einfluss auf Herz und Lungen 56.
Vagina, Pruritus derselben 382; V—, Vorfall derselben 266.
Vaginalgeschwülste 352.
Vaginalkarzinom, Uterusexstirpation dabei 182.
Vagus, dessen Einfluss auf die Muskeln der Lunge 349.
Vagusdurchschneidung, einseitige, Wirkung 56.
Vaguslähmung 77.
Varicocele 80.
Vene s. betr.
Verbandmaterial, Dar 92; V— s. betr. V
Verbrennungen, L dagegen 320; V— desursache 48, 10 sirende 96.
Verdauungsapparat, organe 136.
Verletzungen s. K u. betr.
Verrenkungen s. Lux
Vesikulärathmen 75.
Vorfall s. betr.
Vulva, Elephantiasis V—, Pruritus ders

Wärme, erhöhte, d Organismus Ursache Frucht? 289; W— v
Warzenhütchen, neues
Warzenzellenerkrankun Ohrenheilkunde 43.
Wässer, moussirende, Bleigehalt 23.
Wasserglasverband, ar 83.
Wasserinjektionen geg heiten 60, 145.
Wassersucht s. Hydrop
Wochenbettkrankheiten 269; W— s. Puerper
Wöchnerinnen, wie la das Bett hüten? 151; Puls 281; W— s. dere und Zustände.
Wollsortirerkrankheit 22
Wundbehandlung 65, 2
Wunddiphtheritis s. Dip
Wundfieber 140.
Würmer s. betr.

Zahnkrankheiten s. De heiten.
Zahnmittel, Salicylsäure nachtheilig 48.
Zinkcyanür gegen rheum ralgieen 22.
Zinkoxyd in der Leber 3 chronische Diarrhoe 20
Zuckergehalt von Blut, Muskeln 150.
Zungenabschaben, desse keit 327.
Zungenepitelion 344.
Zungenoperation, unblutig
Zwangsvorstellungen 28.
Zwillingsgeburten, hinder
Zymotische Krankheiten, hältniss zur Verunrein Luft der Häuser durch K tionen mit Kanälen, du gase 215; Z— — s. be

5557